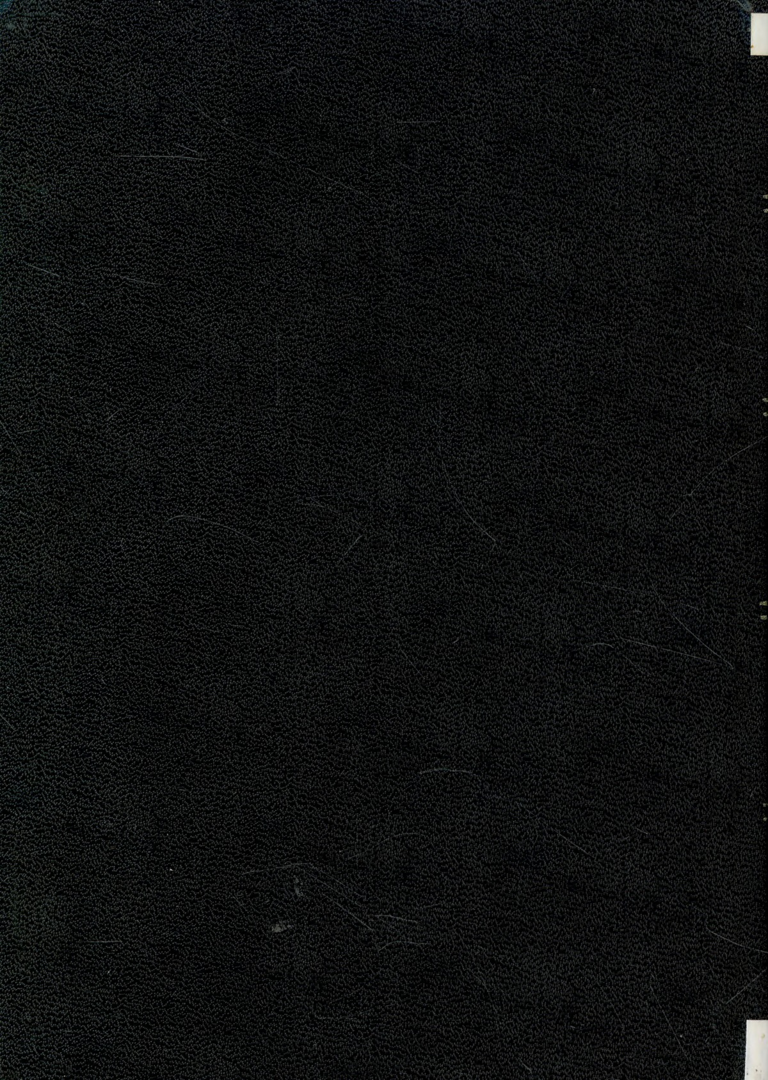




يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ماعدا شهري آب وايلول

كل ما يتعلق بالتحرير يفاوض به رئيس التحرير الدكتور مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

دمشق – سوريا

5

دمشق : مطبعة الحكومة

الجزء ١ المجلد ٥
دمشق كانون الثاني سنة ١٩٢٨ م الموافق لرجب سنة ١٣٤٦ هـ

فاتحة السنة الخامسة

دخلت هذه المجلة سنتها الخامسة مع انبلاج فجر السنة الجديدة فكانت الكلمة الاولى التي يزدان بها صدرها عاطفة تهنئة تزفها الى قرائها الكرام سائلة لهم سنة سعيدة ملؤها الافراح والنعم . فعسى ان يبادلها قراؤها هذه التهنئة وان يشدوا ازرها لتسير الى الامام وان يشملها اطباء البلاد العربية وصيادلتها وعلماؤها وادباؤها بعنايتهم لتزداد ازدهاراً كلما قدم العهد عليها .

ان المجلات والصحف كافة لاتحيا ولا تجدد نشاطها الا متى تعهدها كتابها ومراسلوها بثمرات افكارهم اليانعة وجاد عليها مشتركوها بقيم اشتراكاتهم لان حياة المجلات نوعان حياة ادبية مستمدة من الكتبة والمراسلين وحياة مادية مستمدة من المشتركين ولاغنى للحياة الادبية مهما كانت نشيطة عن الحياة المادية لان اجتماع الحياتين امر ضروري لنهضة الصحافة

وان مجلتنا التي يصدرها معهدنا الطبي تجد في اساتذته ما تحتاج اليه لحفظ حياتها الادبية فهم الذين يمدونها بكل جديد وينفخون فيها روحاً علمية عالية ويعززون شأنها بمقالاتهم الشائقة ونشر ابحاثهم الدالة على التقصي البعيد . وهي تجد ايضاً في موازنة المعهد بعض

ما تحتاج اليه في حياتها المادية ·

غير انها تتمنى ان تكون اداة الوصل بين اطباء البلاد العربية كافة ، ترغب في ان تكون مستودع ابحاثهم واختباراتهم وتجاربهم ، تود ان يكون لها من الكتبة والمراسلون في البلاد البعيدة اكثر مما لها في المعهد الذي يصدرها وانها تأسف اشدّ الأسف لان صوتها الذي تنادي به اطباء العرب وصيادلته وعلماءه قد بحّ ولم يجد ملبياً وانه ليؤلمها ان تلاقي هذا الصدود من ابنائها الذين تربطها بهم اواصر اللغة بيد ان الاجانب عنها يمدونها بثمرات تقصياتهم وابحاثهم

لسنا ننسب هذا الجفاء الى نضوب معين العلم العربي في عقول ابنائه و بينهم العلماء الاعلام والنطس المهرة ولكننا ننسبه الى إهمالهم ونرجو ان يتقلص ظل هذا الاهمال ·

امّا مشتركونا الكرام فان بينهم من نمحضهم ارق عواطف الشكر لاسراعهم الى تأدية اشتراكاتهم ونعتذر اليهم بقطع المجلة عمن لا يؤدي قيمة اشتراكه مقدماً لان المعهد الذي اخذ على عاتقه ادارة المجلة يجد صعوبة شديدة في تعيين وكلاء أو ايفاد مندوبٍ عنه لاستيفاء قيم الاشتراكات وهو يؤمل انه يجد من المشتركين اقبالاً على دفع الاشتراكات في رأس هذه السنة الجديدة وميلاً الى مساعدة هذه الصحيفة العربية التي كرست حياتها لخدمة الطب العربي وابلاغه للمستوى الرفيع الذي وصل اليه في البلاد الغربية ·

الرمد الحبيبي (التراخوم) في سورية

للحكيم رضا سعيد عميد الجامعة السورية ورئيس المعهد الطبي
وأستاذ امراض العيون فيه

الرمد الحبيبي في سورية مرض بلدي كداء المتحولات (amibiase) والبرداء ويقول موركس ولكح « ما الشرق كافة الا بلد العمي الذين نلقاهم في شوارع المدن الكبرى يتسولون ويحتاطهم الجميع بالاحترام لان الشعب الساذج يتوسم فيهم القداسة ويعتقد ان قضاء الله قد حلّ بهم. وهذا الداء منتشر انتشاراً هائلاً في القطر المصري» ولا تقل نسبة المصابين به في فلسطين عن ٥٠ — ٧٥ بالمائة (تشارنوف Tchernoff) وهو في سورية ايضاً كثير الانتشار ولا سيما في النواحي الغربية والجنوبية منها واما في البلدان اللبنانيه فانه اقل انتشاراً (د برلونغ De Peyrelongue)

. . . . .

ان الرمد الحبيبي مرض البلاد القاحلة المعرضة للرياح اللافحة الهابة من الصحراء ولهذا كانت نواحي القنيطرة وانجاد حوران وسهول الغوطة الواقعة على ابواب دمشق عرضة لهذا المرض اكثر من سواها وكان عدد المرضى فيها كثيراً لانها معرضة لمهب الرياح الشرقية . ان الريح تنقل معها ذرات الرمال الصغيرة واشواك الصبير اللطيفة الخفيفة فتخرش الملتحمات وتسهل لها التلقح بعوامل الرمد الحبيبي وظهور السورات الحادة في من ازمن مرضهم

واننا نظن ، وان يكن عامل الرمد الحبيبي المرضي لم يكشف بعد ولم يوصف حتى الآن ، ان هذا المرض جرثومي وانه يعدي بمفرزات العين ولهذا كان هذا الداء مرضَ الفقراء والقذرين .

واكثر ظهوره في الفلاحين ولاسيما في من يجنون اثمار الجوز الخضراء والتين ، اولئك الذين تتلوث ايديهم بعصير التين اللبني و بقشور الجوز الاخضر السوداء فيمسحون بها عيونهم ويحرشون ملتحماتها . وهو كثير ايضاً في الاكواخ واسواق المدن الكبرى حيث ازدحام السكان والمارين واهمال قواعد علم الصحة وازدياد الحرارة الناجم من سوء التهوية ، تعدُّ شروطاً ملائمة لتقف عدد لايحصى من الذباب الذي يحمل بارجله واجنحته الصديد من اجفان المريض و يلقح بهِ السليم . ويهاجم الذباب الاطفال الحديثي السن الذين لايقدرون على الدفاع عن انفسهم اكثر مما يهاجم سواهم و يشاهد هذا المرض منذ السنة الثانية من العمر لابل منذ السنة الاولى

و يصاب به الكهل ايضاً والرجل والمرأة على السواء غير انه في الكهل مزمن ندبي لان المريض يكون قد اصيب بهِ منذ نعومة اظفاره .

. . . . . .

ان التراخوم منتشر هذا الانتشار العظيم في سورية للاسباب العديدة التي اوردناها : اهمال قواعد الصحة ، والازدحام ، ونقل الاغبرة الراضة الخارشة ، و كثرة الذباب ، حتى اننا وجدنا بين ١٠٠٢٤ مريضاً عاينا عيونهم سواء أفي المستشفى أو في عيادتنا الخاصة ٦٩٠٤ مرضى مصابين بالرمد الحبيبي وقد كان منهم ٢٣٨٨ مريضاً مصابين باضغاث قرنية : سبل

وقروح قرنية وودق (leucome) و ٨٤٨ مصابين باضغاث الاجفان: شعرات بسيطة او ناكسة ، التصاق الجفن بالعين ، انقلاب الجفن الداخلي . وان الشكل الاكثر حدوثاً منه هو النوع المزمن لان الشكل المبدئي نادر وسببه جهل الشعب واهماله لقواعد علم الصحة وتمنع المرضى عن استشارة الطبيب قبل استفحال المرض وكثيراً ما يستشيرونه حين اصابتهم بسورة حادة او بضغث خطر وانهم يعجبون اشد العجب حينما يقال لهم انهم مصابون بهذا الداء منذ سنوات عديدة لانهم يظنون انهم لم يصابوا به الا منذ بضع سنوات فقط . وان من الاضغاث ما هو جدير بالاهتمام كعين الارنب (lagophtalmie) والقرحة القرنية الناجمة من عين الارنب ، والعمى المطبق وكثرة النكس . ولا تنجم هذه الاضغاث من الرمد الحبيبي وانما من التوسطات الجراحية المبتسرة او المُساء اجراؤها التي يقوم بها بعض الدجالين او من يعدون انفسهم جراحين اختصاصيين بالشهرة فيجولون القرى ويجرون العمليات لهؤلاء المرضى السذج و يقطعون من اجفانهم العليا شريحة كبيرة تنجم منها عين الارنب مع ماتجره من العواقب الوخيمة .

. . . . . .

ولا يظهر الرمد الحبيبي في جميع الفصول على السواء . فهو كامن في الشتاء ولا يبدأ بالظهور الا في اذار ونيسان و يبلغ شأوه في تموز وآب وايلول وتعدُّ منه اصابات كثيرة في تشرين الاول ايضاً وما ذلك الا لان الصيف طويل المدة في سورية . ولان التين والجوز ينضجان في هذا الفصل الحار ولان الذباب ينقف فيه والرياح الهابة تنفخ فيه من الصحراء سافية معها

ذرات الرمال والاشواك · وتكثر في هذا الصيف ايضاً الاتصالات بين سورية والبلاد المجاورة : العراق وشرق الاردن والعجم وفلسطين ومصر كل هذه البلدان الملوثة بالرمد الحبيبي ·

. . . . .

وليس لنا ان نذكر شيئاً خاصاً عن معالجة الرمد الحبيبي في سورية لاننا نستعمل في مداواته الطرق المعروفة ولكن مايستحق ان يلفت انظارنا ويستوقفنا هنيهة انما هو الوقاية · يحق لنا ان نجهر بان الاحتياطات التي يجب اتخاذها منعاً للرمد الحبيبي عن الانتشار لاتزال حتى اليوم في عالم الغيب ·

لانجهل ان في القانون التركي القديم مادة تعدّ الرمد الحبيبي في مصاف الامراض التي يترتب على الطبيب إخبار ادارة الصحة عنها وان الحكومة المنتدبة لم تبطل هذه الشريعة غير انه يخيل الينا ان اكثر الممارسين قد اهملوها وعدا ذلك فليس من اختصاصيين رسميين بامراض العيون اذا استثنينا دمشق وحلب ولكن المصابين بالرمد الحبيبي يعالجون كما تعالج الامراض الاخرى في المستوصفات المختلفة وعليه كان من الحسن ان تنشأ مستوصفات خاصة بالرمد الحبيبي يتولج امورها اختصاصيون مهرة وكان من الواجب ان تنشأ في المدن الكبرى مستشفيات خاصة لهؤلاء المرضى ·

ويجب علاوة على ذلك ان يعين اطباء اخصاء تصحبهم ممرضات للتجول في اطراف البلاد جميعها ولمعالجة المرضى المصابين بالدرجة الاولى من الرمد الحبيبي وفرز المرضى الذين بلغوا من الداء درجةً وخيمة وارسالهم الى مستشفيات المدن الكبرى ليعالجوا فيها · ويجب ان يراقب تلامذة

المدارس العامة او الخاصة مراقبة بالغة اقصى درجات الدقة حتى اذا كان احد التلامذة مصاباً بالحبيبات اجبر على المعالجة والمثابرة عليها ريثما يشفى والا يخرج من المدرسة ·

هذه هي الملاحظات التي عنّ لنا ابداؤها قبل انهاء مجالتنا عن الرمد الحبيبي وهي ملاحظات املتها علينا ممارستنا الطويلة فعسى ان تعمل بها حكومات البلاد الشرقية التي تفشى فيها هذا الداء الوخيم لتستأصل شأفته منها ·

نمو الاشجار

يشير كروزل على الزراعين الذين يرغبون في انماء اشجارهم انماء سريعاً في مدة قصيرة ان يدعوا قسماً من اوراق الاشجار المتناثرة على الارض حيث هي لكي تبقى للارض خواصها الشعرية والمسامية (porosité) وان يجمعوا القسم الاخر من الاوراق ويحولوه رماداً فيكون مفيداً للاشجار فائدة كبيرة لاحتوائه على ملاح كثيرة معدنية



بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم وكيفية تشخيصها ومداواتها

للحكيم عبد القادر سري
استاذ امراض الأذن والأنف والحنجرة وعلم التشريح في المعهد الطبي العربي

حدا بي الى طرق هذا البحث الجلل ماشاهدته في كثير من المرضى من الجامع الصديدية المختلفة النوع التي كانت تستقر حول الميزابة البلعومية فكانت تسوق الناظر اليها الى الغلط في التشخيص فكان يعدّ بعضها خناقات ذباحية (١) (دفتيريه) او بسيطة والبعض الآخر اوراماً بلعومية لدفعها جدران البلعوم نحو الاجزاء التشريحية السائرة من الافواه الطبيعية وغير ذلك من الامور التي كانت تحجب المرض الحقيقي فيصعب تشخيصه وتسوف مداواته فتكون عاقبته وخيمة وقد تنتهي بموت المريض ٠

جيء اليّ بطفل لاتتجاوز سنه السنتين مصاباً بخراج وراء البلعوم كان قد ظنها احد الزملاء بالنظر الى العلامات البادية في الحلقوم وانتفاخ العقد البلغمية ما تحت الفك خناقاً ذباحياً فعالجه كما يعالج هذا الداء بالمصل المضاد للذباح و بما ان الاعراض ازدادت شدة عوضاً عن ان تخف جيء به الى عيادتي فظهر لي بعد معاينته معاينة دقيقة انه مصاب بخراج وراء البلعوم وانه لا اثر للخناق الذباحي فيه فأظهرت لوالدة الطفل حقيقة الواقع

(١) الذباح ترجمة دفتيريا وهي من وضع الاب العلامة انستاس ماري الكرملي

واشرت عليها بوجوب الاسراع الى التوسط الجراحي لأن في التأجيل خطراً عظيماً يهدد حياة الطفل فغادروا عيادتي بين مصدقين ومكذبين ولكن سعد الطالع ساقهم الى الاستاذ مرشد خاطر بك فكان تشخيصه مثبتاً التشخيصي ثم اجتمعت بحضرة الاستاذ وفتح الخراج فنجا الطفل . ودخل المستشفى العام مريض يشكو عسرة في التنفس والبلع كانت تشتد اشتداداً تدريجياً حتى كاد يختنق فارسل الى العيادة الاذنية فظهر بعد معاينته انه مصاب بخراج بارد وراء البلعوم مسبب عن داء بوط العنقي فافرغ بجهاز بوتن وثبت العنق بجهاز جبسي فنجا المريض من الخطر المداهم الذي كان يهدده وعلى ذلك امثلة كثيرة .

ان درس هذه المجامع الصديدية والتأمل في وخامة عاقبتها كان الشغل الشاغل للاطباء والجراحين وامر التباسها تارة ببعض التهابات اللوزة واخرى بخناق بسيط كان كثير الوقوع حتى القرن السابع عشر .

وقد بين العلماء ومنهم (لودنهورت) ١٨٣٤ و(فهلمنغ) سنة ١٨٤٠ و (موندير) سنة ١٨٤٢ ان المجامع الصديدية ما وراء البلعوم ممكنة الحدوث ولكن الفضل بايضاح احد الفلغمونات المحيطة بالبلعوم نعني به الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم يعود الى العالم (درنو يل) الذي دقق في هذا البحث سنة ١٨٦٣ والى تلميذه جيلت الذي نظم اطروحته سنة ١٨٦٧ وسميت العقدة البلغمية الموجودة امام المحور باسمه والى العالم (غوتيه) من (جنوه) .

ثم جاء بعدهم العالم (مارفن) فأكمل هذه الابحاث كما ان (تو يه رازوو)

بين سنة ١٨٩٦ باطروحته اضغاث الفلغمون العقدي ماوراء البلعوم التي تفضي الى الموت الفجائي وقد قسمت منذ ذلك الحين المجامع الصديدية التي كانت تتكوّن حول البلعوم قسمين مختلفين الخراجات ماوراء البلعوم وخراجات البلعوم الجانبية .

وقد اقرّ الاستاذ (تيو) بعد تتبعاته الخاصة هذا التقسيم وجاءت معلمة الفنون الطبية والمعجم الطبي الجراحي بايضاحات لابحاث العالم (تيو).

ثم نظر البحاثة (سابيلو) في العوارض السنية وقال قد يصحب النخرة السنية عوارض فلغمونية تنشأ من الفلغمون العظمي لا العقدي غالباً وهي تناسب زمن ظهور الناجذة (ضرس العقل) المستترة او المتنخرة وتطابق كل المطابقة للتظاهرات الفلغمونية التي تستقر على الوجه الباطن في زاوية الفك وشعبته الصاعدة وقد كان سماها (شاسنياك) الفلغمون العقدي تحت زاوية الفك .

وتنتشر بعض المجامع الصديدية سواء أكانت تلك المجامع ناتجة من آفة اذنية او لوزية الى احد الاخلية التشريحية الواقعة الى جانب البلعوم فتوقع الطبيب المستقصي في الغلط وتلتبس (تارة بداء بوط)وطوراً بخراج ماوراء البلعوم كالنوع الوداجي ذي البطنين من التهابات الخشاء الذي يتبع به الصديد ذروة الخشاء (الناتئ الحلمي) و ينفتح في العنق و يستقر تحت البطن الخلفي لذات البطنين ثم يبرز على الجدار الجانبي للبلعوم .

وذكر (اسكا) سنة ١٩٠٨ حادثة خراج سني كان مستقراً على الوجه الباطن من شعبة الفك الصاعدة ومتأهباً لدفع اللوزة نحو تجويف الفم

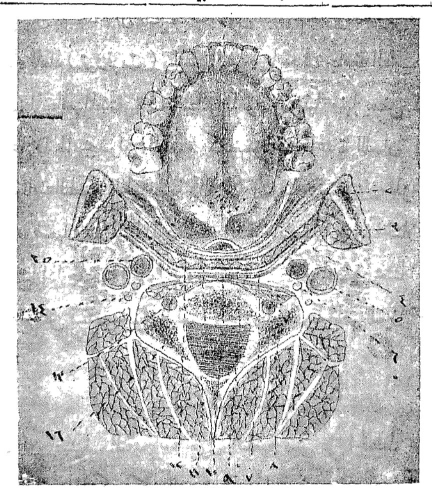
فيتبين مما تقدم ان التقيحات حول البلعوم جديرة بالدرس والتصنيف ولهذا قام العالم (تروفرت) رئيس السريريات في جامعة الطب في باريس بتصنيف المجامع المستقرة في محيط البلعوم مستثنياً منها بعض التقيحات التي لاعلاقة لها بجدران البلعوم كفلغمونات قاعدة اللسان وقاع الفم والفلغمونات البلعومية الحنجرية واللامية الدرقية ولسان المزمارية التي تختلف بوضعها وعلاماتها المرضية عن التقيحات المذكورة اختلافاً تاماً ·

واننا اذا جارينا العالم (تروفرت) في رأيه نحصر بحثنا حينئذ في التقيحات التي تستقر حول البلعوم وتجاور الجدار الخاص للميزابة البلعومية فنقول :

نبذة تشريحية

بما ان تصنيف التقيحات حول البلعوم مبني على الخطط التشريحية المحيطة بالعضو المذكور كان البحث في هذا الموضوع امراً واجباً · لان كل خلاء من الاخلية التشريحية الكائنة حول البلعوم قد يكون مقراً لجمع صديدي فيكون داءً مستقلاً متصفاً باعراض سريرية خاصة له انذار وسير خاصان به ·

فيتألف البلعوم من مجرى عضلي غشائي طويل يتد امتداداً قائماً من الناتئ القاعدي لعظم القفا حتى الفقرة الرقبية السادسة حيث ينتهي في المريء يحد طرفه العلوي اذن الناتئ القاعدي و يحده في الوراء الوجه الامامي للعمود الرقبي و يشترك طرفه الامامي من العالي الى الاسفل بالحفرتين الانفيتين ، فتجويف الفم ، فالحنجرة والرغامى فهو كدهليز واسع مشترك بين الطرق الهوائية والهضمية ·



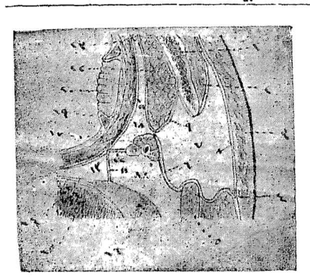
الشكل [١]

١ — لسان المزمار ٢ — عظم الفك الاسفل ٣ — العضلة الجناحية الانسية ٤ — الغشاء المخاطي للبلعوم ٥ — الوريد الوداجي الباطن ٦ — العصب الرئوي المعدي ٧ — صفاق البلعوم ٨ — عضلات قرب الفقار ٩ — الطبقة الخلوية الليفية ١٠ — صفاق قرب الفقار ١١ — عضلات البلعوم ١٢ — الطبقة الغدية ١٣ — الشريان الفقري ١٤ — العصب الودي ١٥ — الشريان السباتي الباطن ١٦ — فقرة رقبية

واذا دقق القارئ في هذا المقطع الافقي (الشكل ١) المقتطع ازاء القطعة الفمية من العضو المذكور رآه كميزابة يتجه تقعرها الى الامام ولا تزال كذلك حتى قسمها السفلي حيث تنقلب الى قناة تامة وتتصل بالقناة

المماثلة لها من المريء . و يحيط بهذه الميزابة غمد ليفي خاص يتألف منه صقل (squelette) العضو المذكور الذي يفترق عن العمود الرقبي بالعضلات قرب الفقار ثم بالصفاق قرب الفقار بل تفصله عن الاعضاء المذكورة طبقة ليفية خلوية فطبقة نسيج ضام رخو صفيحي لها شأنها الخاص في الالتهابات التي تقع ماوراء البلعوم .

ثم يرتكز الصفاق المذكور في طرفه العلوي على جسم العظم الوتدي والحدبة البلعومية للناتئ القاعدي من عظم القفا و يرتبط بالاجزاء السائرة من الصقل بحجب ليفية يمتد بعضها من الزاوية الخلفية من البلعوم حتى الطرف الانسي من قواعد النواتئ المعترضة للفقرات الرقبية وهي الصفق التي سماها (شاربي)الصفق الوحشية للبلعوم و يمتد البعض الآخر من العضو المذكور في الناتئ الابري و يعرف (بالصفاق البلعومي الأبري)او(جنيح البلعوم) و بما ان هذا الصفاق الأخير يرتبط بواسطة الحزمة الابرية التي يسميها المشرحون (حزمة ريولان) — وهي تتألف من العضلات الثلاث العضلة الابرية البلعومية والعضلة الابرية اللامية ، والعضلة الابرية اللسانية ومن الرباطين الابري اللامي والابري الفكي — ولا سيما بواسطة الرباط الابري الفكي بالوجه الباطن من زاوية الفك و بشعبته الصاعدة — كان مع مجموع هذه الاعضاء نوع من الحجاب يقسم(الخلاء الفكي الفقري البلعومي) قسمين احدهما وحشي فيه الغدة النكفية والشريان السباتي الظاهر والوريد الوداجي الظاهر و يعرفه المشرحون بـ(المسكن النكفي) وسماه(سابيلو) الخلاء الغدي والاخر باطن ينطبق على صفاق البلعوم وسماه سابيلو(الفراغ تحت الغدة) .



الشكل [٢]

١ — شعبة عظم الفك الأسفل ٢ — العضلة الماضغة ٣ — الجلد والطبقة الخلوية تحت الجلد ٤ — العضلة القصية الترقوية الخشائية ٥ — البطن الخلفي من ذات البطنين ٦ — الوريقة الباطنة من الصفاق النكفي ٧ — المسكن النكفي ٨ — الوريقة الظاهرة من الصفاق النكفي ٩ — الوريقة الباطنة من الصفاق النكفي ١٠ — المسكن وراء الأبري ١١ — الحجاب السهمي الممتد من الصفاق البلعومي الى صفاق قرب الفقار ١٢ — الصفاق الابري البلعومي اوجنيح البلعوم ١٣ — الخلاء ماوراء البلعوم ١٤ — صفاق قرب الفقار ١٥ — الفقار ١٦ — عضلات قرب الفقار ١٧ — الناتئ الأبري وحزمة ر يولان ١٨ — المسكن امام الأبري المنقسم من المسكن تحت الغدي (لسبيلو) ١٩ — الصفاق قرب البلعوم ٢٠ — اللوزة الحنكية ٢١ — الصفاق قرب البلعوم ٢٢ — العضلة الجناحية الأنسية ٢٣ — الناتئ الجناحي

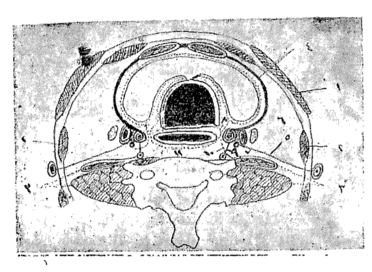
اذا نظرنا الى هذا الشكل شاهدنا ان الفراغ تحت الغدة ينقسم ايضاً بالصفاق البلعومي الابري قسمين احدهما امامي يعرف (بالفراغ تحت الغدة قرب الناتئ الابري) وآخر خلفي يعرف (بالفراغ تحت الغدة خلف الناتئ الابري (سابيلو) .

فيقسم الفراغ قرب الابري تسهيلاً للبحث فيه بقطر يمتد من الكتلة الابرية حتى الوجه الباطن لزاوية الفك — الى مسكنين (تروفرت) مسكن امامي توجد فيه العضلات الثلاث العضلة الجناحية الظاهرة

والعضلة الصدغية والعضلة الماضغة وكرة (بيشا) الشحمية والحزمة الوعائية العصبية للجهاز الماضغ و يعرف بـ (المسكن الجناحي الفكي) ومسكن خلفي يتألف سقفه من بوق (اوستاكيوس) ولا يشاهد فيه من الاعضاء الهامة الا ما كان من جذر الشريانين الحنكي والبلعومي الصاعد ويسمى ايضاً (المسكن الجناحي البلعومي) .

واما الفراغ تحت الغدة خلف الابري فيحده في الامام جنيح البلعوم وفي الوراء النواتىء المعترضة للفقرات الرقبية وفي طرفه الانسي الصفاق الوحشي للبلعوم الذي يفصله عن خلاء ماوراء البلعوم المتوسط بل تستر طرفه الوحشي العضلة الوحشية الترقوقية الخشائية وفيه الميزابة السباتية التي تنتهي عند الوجه السفلي الخلفي من الصخرة وفيه ايضاً الشريان السباتي الباطن والوريد الوداجي الباطن والعصب الودي والازواج القحفية الاربعة الاخيرة و بضع عقد بلغمية ونسيج ضام كثيف كائن حول الوريد الوداجي الباطن . وقد اتت التنقيبات التشريحية التي قام بها (تروفرث) اخيراً بنتائج مناقضة لما شرحناه آنفاً لاننا لو انعمنا النظر في الشكل ٣ المأخوذ من كتاب (تروفرت) لرأينا ان بضعة صفق عضلية وور يقات وعائية سواءً أكانت شريانية ام وريدية تقسم العنق الى مساكن اخرى تختلف عن المساكن التي مر وصفها من حيث الوضع والمجاورة لان الصفاقين الرقبيين الظاهر والمتوسط في العنق يحددان مع الفقرات الرقبية مسكناً كانه نصف اسطوانة تقسمه الصفائح الوعائية ثلاثة مساكن تالية احدها متوسط حشوي تضاعف جداره الامامي في الامام العضلة القصية الضلعية الدرقية واثنان

جانبيان منضدان يسمى الظاهر منهما (المسكن قرب الوريد العقدي) و يسمى الآخر (المسكن خلف الوريد) او (المسكن الباطن) تمييزاً له عن اخيه الظاهر



الشكل [٣]

١ — الصفاق الرقبي الظاهر والعضلة القصية الترقوية الخشائية (الحلمية) ٢ — الصفاق الرقبي المتوسط والعضلات المغلفة به (العضلة الكتفية اللامية والعضلة القصية الترقوية اللامية) ٣ — الصفاق الرقبي الباطن ٤ — الصفايح الوعائية المحددة للمسكن الحشوي والصفاق الذي يتكون من هذه الصفائح مع العضلة القصية الضلعية الدرقية المقوية لذلك الصفاق ٥ — الصفاق الرقبي المعترض ٦ — المسكن الرقبي العقدي ٧ — المسكن الرقبي ٨ — الخلاء الحشوي الجانبي ٩ الصفيحة الصفاقية الأمامية الخلفية التي تغلف العصب الودي ١٠ — الوريقة القاسمة للمسكن الحشوي ١١ — الخلاء الحشوي الخلفي

وقد بين (تروفرت) ايضاً ان هذه المساكن تحتفظ في القطعة فوق اللامي من العنق بوضعها العام مع حدوث بعض التحول فيها لتكامل الاعضاء المجاورة لها واما في الطبقة القحفية فيقع بسبب التطورات التي تطرأ على الصفق العضلية بعض تحولات لها شأنها من حيث الانسكابات الصديدية التي تجتمع فيها ٠

تتكامل في الصفاق الرقبي الظاهر الموجود في الطبقة القحفية العضلات الماضغة فيتكون لها في باطنه مسكن خاص بها ولكن الوريقة

الصفاقية الباطنة هنا تمر في الطرف الانسي للعضلتين الماضغة والصدغية وترتكز في العالي على الخط المنحني الصدغي العلوي واما الارتكاز الامامي للوريقة الباطنة فعلى الجنيح الانسي للناتىء الجناحي وعلى محجنه وارتكاز الوريقة الظاهرة في العالي على حدبة عظم الفك الاعلى وفي الاسفل على الرباط الجناحي الفكي اذن تمد هذه الوريقة حداً فاصلاً بين مسكن العضلات الماضغة والناحية الخدية ·

ومهما يكن فان (تروفرت) يعد في الناحية القحفية حول الميزابة البلعومية ثلاثة مساكن مختلفة ينفصل احدها عن الاخر تمام الانفصال وهي :

المسكن الحشوي الذي تحد جانبيه الصفائح الوعائية الشريانية والوريدية السباتية وتقسمه الصفيحة البلعومية مسكنين تاليين احدهما الخلاء خلف البلعوم وفي قسمه العلوي عقدتا (جيلت) البلغميتان والرباط القفوي الفهقي البلعومي (ليونسقو) والآخر الخلاء الجانبي للبلعوم و يعرف ايضاً بـ (الخلاء تحت اللوزة والبوق) و يتألف سقفه من بوق (استاكيوس) و يتصل اسفله بالمسكن الحشوي الرقبي ·

والثاني مسكن الجهاز الماضغ الكائن في باطن الصفاق الرقبي الظاهر واما المسكن الثالث فيتألف من النهاية العلوية للمسكن العقدي الرقبي · و ينفصل كل من هذه المساكن الثلاثة عن اخيه المجاور بصفائح وعائية رقبية دماغية توقف الاوعية العظمية على محيط المجمع الذي قد يظهر في احد المساكن المذكورة ·

فيتبين من ذلك ان التقيحات التي تقع حول الميزابة البلعومية نوعان الاول يظهر فيه التقيح ملامساً للميزابة البلعومية تمام الملامسة وواقعاً في المسكن الحشوي او يكون خلفياً او جانبياً وكلاهما يدفع جدران البلعوم والاوعية الموجودة فيها نحو الطبقات الظاهرة و يساعد الجراح على الوصول اليها عن طريق جدران البلعوم نفسها .

واما النوع الاخر فهو التقيحات التي تقع خارج المسكن الحشوي فتستقر تارة في مسكن الجهاز الماضغ وطوراً في المسكن العقدي ولما كانت التقيحات الماضغة محاذية لمضيق الحلقوم فانها تمتد حينئذٍ متى تكاملت الى الامام نحو قاع الفم وتكون بعيدة عن البلعوم لا بل قد تبرز التقيحات التي تستولي على المجموعة العلوية من سلسلة العقد البلغمية الوداجية في البلعوم دافعة امامها ايضاً جدران المسكن الحشوي والاوعية وتقع دائماً تحت الطبقات الصفاقية الظاهرة . اما الآن وقد اتينا بهذه اللمحة التشريحية التي لم نرَ مندوحة عنها لفهم تقيحات ما حول البلعوم فسنبحث في الجزء القادم عن هذه التقيحات من الوجهة السريرية ان شاء الله .

تمييز الحمى التيفية عن الشكل نظير التيفو

من داء المتحولات « amibiase »

للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قيض لنا الحظ في موءتمر علم الصحة العام الذي عقد في غند (بلجيكا) ان نصف والحكيم لو يس من بيروت الشكل نظير التيفو من داء المتحولات وهذا الداء كثير الحدوث في دمشق كما هي عليه الحمى التيفية واننا نرغب الآن في ذكر الصفات التي تميز احد المرضين عن الآخر ٠

يستخلص من المشاهدات العديدة التي جمعناها حتى الان عن النوع نظير التيفو من داء المتحولات المشهد السريري الآتي :

ان المرضى كانوا يرسلون الى المستشفى بعدان يكون قد عاينهم اطباء مختلفون كمصابين بالحمى التيفية او ما يشابهها من الامراض : سوء هضم او تعفن معوي ٠ وان حرارتهم كانت تتموج بين ٣٩—٤٠ وانهم كانوا يشكون وهناً عاماً وان معاينتهم كانت تدل على كتن اللسان وتطبل البطن وان القرقرة كانت موجودة في الحفرة الحرقفية اليمنى وان الغائط كان سائلاً ٠ فلا عجب اذا اخطأ الطبيب بعد ان يرى هذه الاعراض جميعها أو اذا اتجهت افكاره الى الحمى التيفية غير ان عليه ان يذكر دائماً انهُ في بلدٍ يكثر فيه الزحار وان هذ المرض يشابه الحمّى التيفية في بعض اشكاله ٠

عليه ان يذكر ان المرضى الذين كانوا يصابون بهذه الاعراض كانوا ملقحين باللقاح المضاد للحميات التيفية فلو كان المرض الذي اصيبوا به من نوع الحمى التيفية لكان يجب ان يكون شكلها خفيفاً والحرارة فيها قليلة الارتفاع كما هي العادة في الحمى التيفية التي تصيب الملقحين باللقاح المضاد لها مع ان حرارة هوءلاء المرضى كانت ٣٩—٤٠ ولكان التبريد بالمغاطس الباردة التي عولج بها هوءلاء المرضى منذ بدء مرضهم كافياً لاسقاط حرارتهم مع ان طريقة برند لم يظهر منها اقل فائدة. ولكان استنبات دم هوءلاء المرضى مرات عديدة في اوقات مختلفة ايجابياً مع انه بقي سلبياً في جميعها ولكانت الحرارة بعد وصولها الى الاسبوع الثالث لاتبقى كما في الاسبوعين الاوليين بين ٣٩—٤٠ وانما كانت بدأت بالسقوط. فكل هذا يدعو الى التفكير في شيء آخر غير الحمى التيفية . ولو ان الطبيب كان ممن شاهدوا هذا النوع النظير التيفو لكان اجتنب هذا الخطأ دون ان يترك مريضه اسبوعين ملتهباً بهذه الحمى الشديدة، لو انه استجوب مريضه استجواباً حسناً لكان افاد انه اصيب سابقاً بالزحار او على الاقل باسهال قبل ان ترتفع حرارته ، او انه كان مصاباً باسهال مزمن تصحبه مواد مخاطية وكثيراً ما لا يعبأ المريض بهذا العرض . ان هذه المعلومات كافية لكي تتجه افكار الطبيب الى المتحولات وتدعوه الى تحريها . ولنفرض ان معاينات متتابعة اجريت على المواد الغائطة وان المتحولات لم تبدُ فيها بل ان المريض بعد ان اتبع اتباعاً دقيقاً لم تظهر على جسده اللطخات الوردية ولم يرعف في بدء مرضه وان فقر دمه كان شديداً يدل عليه شحوب الملتحمات والجلد ونقص عدد

الكريات الحمراء نقصاً شديداً الامر القليل الوقوع في الحمى التيفية الا متى جاءت الانزفة المعوية ضغثاً عليها فافقدت المريض قسماً كبيراً من دمه . وان هذه الانزفة المعوية لم تطرأ على المريض . اذن لكان التفكير في داء المتحولات واجباً ولكانت المعالجة التجربية بالامتين جائزة لا بل واجبة ولو لم يؤيد المخبر هذا الظن .

اذن تمييز الشكل نظير التيفو من داء المتحولات عن الحمى التيفية ممكن كل الامكان . ومعالجته معالجة نوعية متى شك فيه واجبة .

نميز اذن هذا الشكل نظير التيفو متى وجدنا مريضاً مصاباً بحالة تيفية وكان قد اصيب بسوابق زحارية او باسهال تصحبه مواد مخاطية او مدممة ولم يكن قد صحب هذه الحالة التيفية رعاف ولا لطخات وردية وكانت الحمى لا تسقط بالتبريد وكان استنبات الدم سلبياً وكان فقر الدم شديداً كما هو الحال في الزحار المزمن . فتتحرى حينئذ المتحولات او اكياسها في الغائط فاذا وجدت يكون التشخيص قد تحقق واذا لم توجد حق للطبيب ان يجرب المعالجة النوعية التي تشفي مريضه وتحقق التشخيص الذي لم يحققه المخبر .



انسداد الامعاء (١)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريض الذي ترونه في السرير السابع من قاعة ابي القاسم في مستشفانا العام قد اجريت له عملية جراحية سريعة لانسداد امعائه فقد جاء المستشفى بعد ان قضى في الخارج ستة ايام لم يتغوط في اثنائها ولم يدفع غازاً من شرجه وكانت الاقياء تتتابع ولا تزال حتى الآن . ولم يكن يشكو الماً حاداً معوياً وكان يمشي بعناء وتظهر عليه ازمة (ضيق نفس) شديدة وكان بطنه متطبلاً تطبلاً كبيراً وعلى جلده اثار جرح حين قد يبين احدهما اجري في المستشفى الايطالي في دمشق في الحفرة الحرقفية اليمنى ولم نعلم سبب اجرائه لان المريض يجهل هذا السبب والثاني واقع على الخط النصفي تحت السرة وفوقها اجري في مستشفانا الترميم جدار بطنه لان المريض كان مصاباً بخروج الاحشاء (éventration) ولم تكن ترى حركات العرى المعوية من خلال جدار البطن ولم يكن بطنه موءلماً حين الجس وانما كان كما ذكرنا متطبلاً ولينا . وكانت الاقسام السفلى من بطنه واضحة (sonores) حين القرع وكان نبضه صغيراً وحرارته طبيعية . وكان مس شرجه سلبياً . وافاد المريض حين استجوابه انه كان قد اصيب بنوبتين

(١) محاضرة القيت على الطلبة في ١٥ تشرين الثاني ٩٢٧

او ثلاث نوب شبيهة بهذه وانها زالت بعد يوم او يومين وامّا هذه فلم تنته وهذا ما يحملنا على الظن بان ما اصابه لم يكن الا انسداد امعاء وانه متبع سيره حتى الآن واهله ناشيء من التصاقات لان ندب العمليات الجراحية تدعونا الى الافتكار بها · وقد اغتنمت هذه الفرصة لمحادثتكم عن هذا الداء ·

ماهو انسداد الامعاء ؟ وكيف يعالج ؟

ان هاتين النقطتين اجعلهما موضوعاً لكلامي الآن بعدان اوردت لكم باختصار مشاهدة هذا المريض الذي اضفنا مشاهدته الى مشاهدات المرضى الآخرين الذين كانوا يأتوننا مصابين بما هو مصاب به غير انني اقول متأسفاً انهم لا يأتوننا الا بعد ان يكون دمهم قد تسمم تسمماً شديداً ·

انسداد الامعاء هو حالة مرضية متصفة بوقوف مجرى المواد الغائطة والغازات وقوفاً تاماً اوناقصاً فجائياً او تدريجياً في الامعاء الدقيقة اوالغليظة · هو مرض متصف باعراض مبكرة بعضها دال على وقوف مجرى الغائط والغاز والبعض الآخر على تأذي الحالة العامة تأذياً شديداً وسريعاً ·

فمن اعراضه الالم الذي قد يكون شديداً و كائناً حول السرة او في الناحية القطنية تصحبه بعض العوارض الانعكاسية في البدء كالقيء الغذائي اذا كان المريض قد تناول طعاماً او الصفراوي اوالمخاطي اذا كانت معدته فارغة و كالتغوط الذي سببه تنبه العصب التائه الذي ادى الى الانسداد و كالزلة وابطاء النبض امّا الاعراض الموضعية فهي الغشي الدال على توسع العرى الكائنة فوق العائق وحركة زحف

هذه العرى حسب الاتجاه نفسه ·

هذا عدا اعراض التسمم العام الشديد ·

السير : يسير هذا المرض بثلاثة ادوار :

دور الاعراض الموضعية ·

دور تهجع به الاعراض بعض الهجوع

دور يكون به التسمم شديداً فيفضي الى الموت

امّا عوارض الزمن الاول فهي عوارض انعكاسية المنشإ دالة على دفاع المعى ازاء العائق ثم توقفه عن الدفاع بعد ان يرى نفسه عاجزاً

ولهذا نرى ان وهن الامعاء واجتماع المواد الغائطة وسوائل المفرزات والغازات في النقطة الواقعة فوق الانسداد والتطبل الناشئ من الشلل كل هذا يعقب الزمن الذي كانت الامعاء تتقلص به تقلصاً عنيفاً · وتفقد الامعاء في تلك الاقسام خاصتها الكتيمة (Imperméabilité) فقداً سريعاً فتنفذ فيها الاجزاء السامة وتسمم العضوية ·

واما في زمن الهجوع الخادع : فيخيل ان الحالة قد تحسنت لان الامعاء تلقي سلاحها رافضة العراك ولان العوارض الانعكاسية والاعراض المؤلمة تهجع · غير ان الامتصاص لايلبث ان يتم لان آفات الغشاء المخاطي تسهل على المواد السامة المرور في الاوعية او لان عودتها الى الاقسام العليا من الامعاء الواقعة فوق الانسداد والمقاربة بامتصاصها لامتصاص الامعاء السليمة تهون عليها ذلك · فتبدو حينئذٍ علامات التسمم فتتشوش وظيفتا الكلية والكبد و يتبدل التوتر الدموي و يدخل المريض حينئذٍ الدور الاخير

دور التسمم : يمتاز بعوارض فاجعة فتعود الاقياء الى الظهور وتتسمم البصلة فتظهر عوارض تنبه العصب التائه : القيء ، القولنج ،العرق البارد تشوش نظم (arythmie) القلب تشوشات الدوران والتنفس والخ ومهما تكن الالية فان الموت سيقع وسببه التسمم الشديد ·

التهاب البريطون : هو اكثر العراقيل [1](complications) حدوثاً في انسداد الامعاء تضاف ذيفانات الجراثيم المحدثة له الى الذيفانات الناجمة من الامعاء فتصدم العضوية التي عابها الانسداد صدمة عنيفة ·

ولا يلبث الموت ان يختم هذا المشهد الراعب سواء اطرأ اثناء العملية ام بعدها لان نزع العائق لايكفي لنجاة المريض وكيف يكفي ومرور محتوى الامعاء السام الموجود في قطعة من الامعاء قليلة الامتصاص الى قطعة جديدة لا يزال امتصاصها طبيعياً يزيد في الطين بلة فيسمم المريض تسمماً شديداً سريعاً او يصرعه · و يضاف الى هذا التسمم الذاتي التسمم بالمادة المخدرة

هذا هو المشهد الذي يمثله انسداد الامعاء فعليكم ان تضعوا تشخيصه سريعاً لكي تعجلوا في مداواته ·

التشخيص المميز : بماذا يلتبس هذا الداء ؟

ان التهاب البريطون يلتبس بالانسداد لانه آفة بطنية موءلمة حادة السير يصحبها توقف المواد الغائطة والغازات واقياء غذائية فمخاطية

(١) العراقيل جُ عرقلة ترجمة (Complications) وردت في كتب الطب القديمة وهي افضل من الاختلاط والاشتراك والاضغاث وقد نبه الى هذه الكلمة العلامة الاب انستاس ماري الكرملي ·

فصفراوية وتطبل ·

يقال لكم في تمييز احد المرضين عن الآخر: ١ — ان في التهاب البريطون انصباباً في البطن وان هناك خرساً (matité) متحركاً وواقعاً في الاسفل فتذكروا ان بعض انسدادات الامعاء قد يصحبها حبن ·

٢ — يقال لكم ان جدار البطن يتقلص تقلصاً دفاعياً وانه متقفع [1] في التهاب البريطون · بيد انه لين في انسداد الامعاء ومتوسع توسعاً انفعالياً فتذكروا ان الدفاع الجداري قد يشاهد في بدء الانسداد ·

٣ — يقال لكم ان الحمى تصحب التهاب البريطون الحـاد وهي قد تصحب انسداد الامعاء ايضاً وقد لا تصحب بعض التهابات البريطون الحادة

فيستنتج مما تقدم انه ما من علامة من علامات الانسداد الاساسية كافية في البدء للدلالة على المرض اذا عدت وحدها وجردت عن العلامات الاخرى المصاحبة لها · لأن التهاب المعثكلة (البنكرياس) الحاد والقولنجين الكلوي اوالصفراوي وعوارض الحمل خارج الرحم وانفتال كيس المبيض و بعض هجمات التهاب الملحقات الحـادة والتهابات البريطون الناجمة من التهاب المرارة والمجاري الصفراوية أو من التهاب الزائدة ونوب السهام (tabès) المعدية نفسها تشابه الانسداد ·

فما هي اذن العلامات المثبتة للمرض ؟

ان توقف المواد الغائطة والغازات لا يعد علامة اكيدة الا اذا استمر فلا يجوز اتخاذه كعلامة مثبتة للمرض ·

---

(١) التقفع ترجمة (contracture) وهي من وضع العلامة الكرملي

والقيء الغائطي الشكل علامة متأخرة ايضاً لايجوز انتظارها اذا كنا لانرغب في اجراء عملية لشخص محتضر ·

امّا العلامات الموضعية فتكفي متى دعي الطبيب منذ البدء وشاهدها لاثبات التشخيص والاسراع في المعالجة الجراحية · وكلما بكر في التشخيص والمعالجة كان الانذار حسناً · فالتقلصات الاستدارية الموضعية وتوسع العروة المعوية الواقعة فوق العائق او علامة فون واهل لهـا الاهمية العظمى في التشخيص ·

التشخيص الاشعاعي : قد اشار البعض بالاستناد اليه غير انه لا يعدُّ مستنداً ثابتاً · فمتى التهب البريطون و كان التهابه ناجماً من انثقاب الامعاء تعذر هذا الفحص غيران المعاينة الاشعاعية اوالرسم الاشعاعي بدون تحضير سابق اي بدون اعطاء الباريت قد يرشد الى مقر الانسداد ·

وصفوة القول ان التشخيص صعب للغاية ومها يكن الامر، التهاب البريطون او انسداد الامعاء ، يجب اجراء العملية الجراحية والتعجيل في اجرائها · واذا بقي الشك موجوداً كان فتح البطن الاستقصائي خيراً من الامتناع عنه لأن فتح البطن اذا لم يكن فيه مايدعو الى العملية افضل من الامتناع عنه اذا كان في الامعاء انسداد مجهول ·

ومتى ثبت الانسداد يجب التساؤل عما اذا كان داخلياً او خارجياً ففتشوا عن الفتق المختنق ولا تنسوا فتق الخط الابيض ومتى نفيتم الفتق كان عليكم ان تعينوا مقر الانسداد ·

٢ً — سببه ·

يقال لكم: ان انسداد الامعاء الدقيقة يمتاز عن انسداد الامعاء الغليظة بشدة التقلصات الاستدارية اي بالعلامات الموضعية وان انسداد الامعاء الغليظة بعائق واقع بعد الزاوية الكبدية يكاد يصحبه دائمًا توسع الاعور · فلا تعتمدوا كثيراً على هذه العلامات ·

لا انكر ان اصعب الانسدادات تشخيصاً الانسدادات الواقعة في القسم الاول من المعى الدقيق وسبب الصعوبة مشابهة هذه الآفة لكثير من الآفات الاخرى فان الاقياء في التهابات السحايا او تنبهها وفي بعض الحالات العصبية و بعض اشكال تسمم الدم بالبولة و بعض التسممات و بعض نوب المعدة تشابه الانسداد وتؤذي الحالة العامة اذىً شديداً ·

ولا يجلى تشخيص السبب ايضاً في اكثر الاوقات الا بعد فتح البطن · ومع ذلك فعليكم ان تعلموا ان الاسباب تقسم ثلاث فئات آ — الآفات الواقعة خارج الامعاء وتكون خارج جدار البطن ·

٢ً — الآفات الواقعة في الامعاء وتكون في البطن

٣ً — تشوش وظيفة جدر الامعاء وآفاتها ·

وان التعليمات التالية ترشدكم بعض الارشاد ·

متى كان المصاب طفلاً : وكان تغوطه مدمياً والورم مشعوراً به بالمس الشرجي اوسهل المنال به كان الامر انغلالاً · (١)

متى كان المريض قد اصيب في ماضي حياته بحالة بريطونية وكان بدء

---

(١) الانغلال او الانغلاف او الغل ترجمة (Invagination)

انسداده فجائياً وسيره سريعاً كان مقر الانسداد في المعى الدقيق وكانت اللجم سببه

متى كانت المرأة كهلة اوشيخة وكانت قد اصيبت بنوب رمل صفراوي كانت الحصاة الصفراوية سبب الانسداد

متى كان المريض رجلاً مسناً وكانت قد اعترته علامات ضيق سابقة وتشوشات في المستقيم والسين الحرقفي مصحوبة او غير مصحوبة بتغوط مدمم كان السرطان السبب

متى كان المريض كهلاً او شيخاً وكان في البطن جسم جسيم غير متناظر كان انفتال المعى (volvulus) السبب اما الانغلال فيستقر غالباً في الاعور ·

واما اللجم فتستقر في جميع اقسام الامعاء الدقيقة

واما الحصاة الصفراوية فتقف عادة في القسم النهائي من الصائم في النقطة التي تصعد بها العروة من الحوض نحو الاعور ·

واما السرطان فاكثر مقره في الامعاء الغليظة

واما انفتال المعى فأكثر وقوعه في الكولون الحوضي ·

واذا شئتم تعليمات ادق مما ذكرت لوضع التشخيص قلت :

ان انغلاف الامعاء اختناقاً يتصف بتطبل منحصر في قسم من الامعاء ولا تصحبه تقلصات استدارية شديدة في ذلك القسم ·

وانغلاف الامعاء انسداداً يكون التطبل فيه مستقراً في قسم من الامعاء والتقلصات الاستدارية شديدة للغاية والتقلصات الاستدارية المضادة متقطعة

وانغلاف الامعاء شللاً يتصف بتوسع شديد لا تصحبه علامات

تقلصات استدارية كبيرة ·

اما الانذار · فوخيم لأن الوفيات لاتقل بعد العمليات عن ٥٠—٦٠٪ وان التبكير في المعالجة الجراحية هو الشرط الاساسي في حسن الانذار · واننا نقول والاسف ملء قلوبنا ان مرضانا لايصلون الينا الا بعد ان يكونوا قد اضاعوا الوقت في المعالجة لداوائية التي لاطائل تحتها وانهم يأتوننا بعد خيبة تلك المعالجة ·

و يتبدل الانذار باختلاف العمر ومتانة جسد المريض و باختلاف مقر الانسداد فان السفلي منه اقل وخامة من العالي ·

و يختلف الانذار ايضاً بتنوع الطريقة التي استعملت في المعالجة · فقد ثبت ان الانسداد الآلي لانجع فيه غير المعالجة الجراحية وان حسن النتيجة متعلق بالتعجيل في اجرائها · واما الانسداد الوظيفي فلا تفيد فيه المعالجة الجراحية اكثر مما تفيد المعالجة الدوائية · بل قد تكون فائدتها اقل من تلك واما متى شك في تشخيص السبب فالعملية الجراحية واجبة للاستقصاء على ان يبكر فيها · فتحسين الانذار يتعلق اذن بالمعالجة الجراحية · وتقوم المعالجة الفضلى بازالة العائق واعادة المواد الغائطة والغازات الى مجراهـا الطبيعي غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه في جميع الحالات ولاسيما في زمن واحد · فقد اثبت الاختبار انه متى كان العائق مسبباً من سرطان واقع في الامعاء الغليظة ومضيق لها كان استئصاله دفعة واحدة املاً باعادة مجرى الغائط الى ما كان عليه خطراً للغاية · وخير ما يصنع تحويل المجرى بايجاد شرج اصطناعي فوق النقطة المتضيقة · ومتى خف الالتهاب في المعى المبتلى

بالسرطان وزالت اعراض الانسداد حاول الجراح استئصال الورم ·

وقد يكون تحويل المجرى الى الخارج خطراً على المريض متي كان العائق في الامعاء الدقيقة لأن التغذية تنقص نقصاً سريعاً بقلة الامتصاص ويصاب المريض بالدنف ويموت · وخير ما يصنع ان يحول المجرى بمفاغرة العروة الواقعة فوق الانسداد بالعروة الواقعة تحتها ·

ومن الحالات ما يستدعي ازالة سبب الانسداد بدون تأخير لأن العائق اذا بقي موجوداً افضى الى عوارض مواث فتغنغر جدار المعى وانثقب وكان منه التهاب البريطون القتال التالي (كما في الانسداد الناجم من لجام مشدود او من فتق كائن خلف البريطون او من انفتال المعى او انغلافه او من جسم اجنبي) ·

ومن الحالات ما يستدعي فتح شرج اصطناعي في العروة التي تبرز امام الجراح مع ما في ايجاد ذلك الشرج ما فيه من الاخطار والمحاذير ·

تختلف اذن المعالجة الجراحية باختلاف الحالات حتى انه يستحيل على الجراح ان يضع قاعدة مطردة يتمشى عليها · غير ان الجراحين رغبوا في مقابلة فتح البطن بالشرج الاصطناعي فقالوا ·

يفضل فتح العروة أ — لأنه متى كان الانسداد المعوي سائراً سيره وكان سببه مجهولاً وكانت معرفة مقره مستحيلة كان خير ما يصنع فتح العروة تخليصاً لحياة المريض ·

٢ً — لأن هذه العملية سهلة يستطاع اجراؤها بالتخدير الموضعي مهما كانت حالة المريض ·

٣ً — لأنه متى فتح المعى خرجت منه في الحال المواد السامة وزال خطر امتصاص السموم الموجودة فيه .

يستنكر فتح العروة آ — لأن هذه العملية تجرى دون ان يرى الجراح ما يصنع لا ينكر ان جراحي اليوم يوسعون الشق اكثر من القدماء غيرانهم كثيراً ما يهملون الآفة الاساسية و يفتحون قربها .

٢ً — اذا كانت العروة قد اصيبت بالموات كان من فتحها خطر عظيم محقق لأن الفتح لا يزيل السبب بل تبقى الآفة سائرة سيرها فتؤدي الى الغنغرينا فالانبثاق فالتهاب البريطون المميت فيكون المريض قد نجا من تسمم الدم ومات بالتهاب البريطون .

٣ً — اذا فتح الشرج في المعى الدقيق كان منه خطر على الحياة لأن امتصاص المواد الغذائية ينقص نقصاً كبيراً فيهزل المريض هزالاً شديداً و يعلو معدل الوفيات حتى ٩٦ ٪ و يهضم عصير الامعاء دائماً العروة والجدار و تصعب الخياطة الثانوية .

يفضل فتح البطن : آ — لأنه يرينا سبب الانسداد ومقره .

٢ً — لأنه يمكننا من ازالة سبب الانسداد .

٣ً — لأنه يمكننا من معرفة الآفات التشريحية المهمة التي تستدعي قطع العروة كما في السرطان اوفي موات العروة الناجم من انضغاطها الطويل المدة

يستنكر فتح البطن : آ — لأنه عملية مهمة تصدم المريض صدمة عنيفة .

٢ً — لأن الامعاء تكون متوسعة توسعاً شديداً يعيد اجراء العملية متعذراً .

لكل من الطريقتين حسنات وسيئات فان الشفاء ممكن تحقيقه في كلتيهما فعلى الطبيب ان يحسن الاختيار وان يحل هذا اللغز .

يحل اللغز متى نظر الى السبب فاذا كان السبب مفضياً الى إماتة العروة كما في الاختناق كان فتح البطن مفضلاً واما اذا لم يكن منه موت العروة السريع كما في انسدادها فيلجأ اولاً الى خزع العروة

واليكم الحالات التي تتمثل اما مكم في الغالب :

أ — متى اختنقت العروة وكانت الآفة تهددها كان بدء المرض عنيفاً للغاية والألم شبيهاً بطعنة الخنجر والاعراض شديدة الوضوح والوهط (collapsus) واقعاً لامحالة . وكانت الاعراض الموضعية جلية : علامة فون واهل نعني بها توسع العروة الواقعة فوق العائق، شللها، وهن الجدار، بقاء البطن غير متحرك حين غمزه بالسبابة . واذا حرك المريض سمعت المجعجة (clapotage) فيجب حينئذ فتح البطن .

٢ — اما في الانسداد فتختلف الاعراض عما تقدم يكون المريض قد اصيب ببعض نوب شبيهة بالنوبة الاخيرة مرت بعد بقائها يوماً او يومين اما هذه فلم تنته و يصل هؤلاء المرضى غالباً في اليوم الخامس او السادس من انسدادهم وعليهم مظهر الصحة الحسنة (سكينة خادعة) المباين لتطبل بطنهم الشديد .

وتظهر على جدارهم التقلصات المعوية الاستدارية حتى ان نزع الغطاء اوالغمز الخفيف بالاصبع يكفيان لاحداث القرقرة اوالاصوات الموسيقية فيفضل في هذه الحالة فتح العروة .

ان أخطر عرقلة هي التطبل فمتى كان البطن متطبلا تطبلاً شديداً كان الاكتفاء بفتح العروة جائزاً لأن تشخيص السبب يعد مستحيلاً فاذا كانت الآفة ناجمة من انسداد (obturation) نجا المريض واما اذا كانت ناشئة من اختناق هلك المريض سواء افتحت العروة اوفتح البطن

ومن الطرق الحديثة المستعملة في المعالجة التخدير القطني الذي كان موضوع حوار شديد هذه السنة في جمعية الجراحة فقد لاحظ بعض الجراحين ان المريض بعد التخدير القطني يتغوط غير انهم لم يتوصلوا الى تعليل السبب ولعل حذف نهي النخاع الشوكي والغاء فعل العصب التائة يؤديان الى هذه النتيجة . فقد تناول الاحصاء الذي جرى البحث فيه ٤٠٠ مشاهدة انسداد امعاء عولجت بالتخدير القطني فكان الشفاء فيها معادلاً ل ٦٨ ٪ في الانسداد الحركي (dynamique) و ل ١٦ ٪ في الانسداد الآلي . وقد استنتج بطرس دوفال الذي عهد اليه بوضع هذا التقرير :

يجوز ان يخدر المريض المصاب بالانسداد تخديراً قطنياً الا اذا كان فيه ما يمنع ذلك (نعني متى كانت منهكاً اومسمماً او كان توتر دمه متناقصاً) فاذا لم تحصل الغاية المطلوبة ولم يتغوط المريض كانت العملية الجراحية واجبة واذا تغوط لم يكن تغوطه كافياً للامتناع عن اجراء العملية بل كان من الحكمة فتح بطنه للاستقصاء في السبب فالعملية اذن واجبة في كلتا الحالتين

ففتح البطن هو الطريقة المفضلة وخزع الامعاء هو طريقة الاضطرار ومهما يكن فان التعجيل في العملية لايزال الشرط الاساسي .

ليس التخدير القطني في المريض الذي نتكلم عنه جائزاً (عمره ٧٠

سنة ، مسمم ، ضعيف القوى ، وربما كان توتره متناقصاً) ولا فتح بطنه جائزاً ايضاً لأن الخوف من تسمم الدم حين نزع العائق ومرور محتويات الامعاء السامة في الامعاء السليمة شديد للغاية كيف لا وهو في اليوم السادس من انسداده ولأن الصدمة الجراحية عنيفة ولأن تطبله شديد . واما خزع العروة فمفضل وقد اجريناها هذه العملية بالتخدير الموضعي بالكوكايين فخزعنا عروة من المعى الدقيق متوسعة كثيراً ومغشاة بغشاء ضارب الى الابيضاض الامر الدال على التهاب البريطون اللاصق والتهاب الماسار يقا الانقباضي وقد وضعنا في العروة انبوب بولس الدقيق لنتحاشى به هضم عصير الامعاء للجدار ووصلنا هذا الانبوب بانبوب مطاط غمسناه في وعاء . فكان البطن في اليوم الثاني مسطحاً والمريض باسماً . وقد مرّ عدد من الحبليل (ascarides) بانبوب الزجاج الامر الذي كان متعذراً حدوثه لو كان المسبار مطاطاً ولعلّ لهذه الديدان بعض الاشتراك في سبب الانسداد . ومهما يكن فاننا قد لجأنا الى اخصر طريقة لتخليص المريض . وسنجري له بعد حين عملية ثانية نقطع بها العروة التي خزعناها ونعيد مجرى الغائط الى حالته الطبيعية وننزع العائق اذا كان نزعه ممكناً .

<u>النتيجة</u> : للتشخيص اهمية كبيرة فاذا بكر في وضع التشخيص فتح البطن وهو العملية الفضلى والاّ خزعت العروة متى كانت الحادثة قديمة ووضع انبوب بولس او مسبار ريثما تنفرغ المواد السامة . ومتى تحسنت الحالة العامة بعد يومين او ثلاثة ايام يفتح البطن لنزع العائق .

مقتضبات عن جرائد الغرب الطبية ومجلاته

للحكيم شوكة موفق الشطي احد اساتذة المعهد الطبي بدمشق

المتحولات الزحارية (أميب) والقروح الجلدية (تيكسيه ، فافر ، مورناس وبتورو Tixier Favre Morenas et Peptoraud): يعتقد السريريون ان افات الجلد المتحولية نادرة جداً وقد ذكر بعضهم قروحاً واسعة في البطن ناجمة من انفراغ قيح خراج كبد زحاري في جدار البطن . وشاهد احدهم مريضاً مصاباً بزحار مزمن اعترته ايضاً آفة حول الشرج عصيت المداواة الطبية والجراحية ست سنوات ففحص قيح القرحة فوجدت فيه كمية وافرة من المتحولات الزحارية فداوى مريضه بالامتين فشفي بعد بضعة ايام اما تشخيص القروح الزحارية فصعب جداً ان لم يلجأ الى الفحص المجهري وليست هذه الآفات الجلدية نادرة كما يظن بل هي كثيرة لذلك يجب ان يتحرى العامل المسبب لقروح الجلد ويسعى وراء مداواتها

مداواة التهابات الوريد بإعلاق العلق

أ . هام (A.Hamm) و (أ شوارتز (A.Schwartz) يفعل العلق بالعلقين (hirudine) وهو آحوز تال (deutéroalbumose) يقاوم المادة المضادة للتخثر (antithrombine) . يعمل العلقين على افراغ البلغم وقد كشف خاصته هذه (هايدنهين ولودو Heidenhain, Ledoux) فعرفنا انه ينشط عمل الكريات البيضاء في البلغمة وهذا مادعا بوسك (Bosc)

ودولازن (Délézenne) الى الاعتقاد بان اعلاق العلق يضاد الانتان ويفيد في التهابات الوريد . اما انتقال العوامل الجرثومية بعضة العلق فلم يعد مسلماً به لانه ثبت ان العلق الذي لوث اصطناعياً لا ينقل الجرثوم بعضته الا بصعوبة فائقة .

وقد ابان هام (Hamm) ان التهاب الوريد يقع ضغثاً على المبضوع (opéré) بنسبة ١ — ٢ ./. وبنسبة ١٥ — ٢ ./. في النوافس ويبلغ عدد الذين يموتون بالصم ٠٫٢٣ — ٠٫١٦٩ ./. من المبضوعين . استعمل تارميه (Termier) اعلاق العلق لخفض هذه النسبة فنجح ومنذ ذلك الحين اخذ البعض يتقصون في فوائد العلق تقصياً بعيداً . وقد رأى ترميه ان الخثور ينقص او يشفى باعلاق اربع علقات . وينصح هام ان يزاد هذا المقدار في النفساوات الى ٨ علقات وان يكرر في اليومين مرة . ويقول وجوب اعلاق العلق ست مرات ٥—٨ علقات في كل ٢٤—٤٨ ساعة ولم ير لهذه الطريقة ادنى محذور بل تحقق ان الآلام كانت تخف وان الكريات البيضاء كانت تنشط .

ويفيد العلقين(hirudine)في ايقاف سير الخثرة فيزيل خطر الصمم ويعتقد ترميه انه يعمل على حل الخثرة ايضاً . وللعلقين فائدة في التهابات الاوردة المزمنة . ان هذه التحريات الحديثة تثبت ان الاطباء العرب كانوا على صواب في اعلاق العلق والاكثار منه فهو سلاح قاطع يجب ان يلجأ اليه متى قضت الحاجة .

حمى البطائح(Fièvre des marais)

ورنر (O.Werner) هي حمى تقع في البلدان المغمورة في الماء كالاراضي المجاورة للبحيرات وقد شاهدها ورنر في جهات الاودر وصادفها آخر في البافيار (Bavière) وسيليزية وقد رغبنا ان ندرج ما استنتجه ورنر من درس ١٠٠ حادثة لان هذا المرض كثير الوقوع في بلادنا ونجهل تشخيصه لالتباسه بامراض اخرى تفتك فينا ايضاً كالنزلة الوافدة والضنك

يصيب المرض الاحداث ١٤—٢٥ سنة ٠ ومدة حضانته بين ١٢ ساعة الى ١٠ — ١٥ يوماً وحدها الاوسط ١—٧ ايام ٠ تبدو اولاً بتعب ثم بآلام رأسية شديدة تفاجئ المريض في اثناء عمله وترتفع الحرارة ارتفاعاً سريعاً و يعتري المريض توعك وقه وعرواء قصيرة المدة و يصاب بعد مدة وجيزة بدوار وآلام عضلية وخزرة (rachialgie) وآلام بطنية واقياء وغثيان ٠ و يرى حين معاينة المريض ان ملتحمته ملتهبة ووجهه احمر محتقن فيه حلاء[1] اما اللسان فكتن (saburrale) يغشيه طلاء اسمر كثيف الا في حوافيه التي تبقى سليمة على بعد بضعة ملمترات و يبدي الفحص ان الرئة والقلب طبيعيان وان في البطن بعض التقفع والالم ولاسيما في الناحية الحرقفية الاعورية وان الطحال ضخم بعض الضخامة وان البول آحيني وفيه صفراوين البول (اوروبيلين) ولم يعرف بعد لهذا المرض جرثوم مسبب و يظهر من فحص الدم ان الصيغة ثابتة تقريباً فالكريات الحمراء طبيعية وقد تقل الكريات البيضاء في بادئ الامر وتكثر الايوزينيات

(١) الحلاء هي العقابيل او بثور الشفه بعد الحمى (herpès)

ووحيدات النواة الكبيرة وتقل البلغميسات وتظهر خلايا المصورة (plasmatzellen) و ينخفض فيه التوتر الشرياني و ينقص زمن النزف والتخثر دون ان يصاحب ذلك تبدل في عدد الصفيحات · تبلغ الحمى ٤٠ وتستمر على هذه الحالة مدة ٥–٧ ايام يعرق المريض في اثنائها عرقاً غزيراً و يعلو بعض نواحي جسده نفاط (exanthème)وتنخفض الحرارة في اليوم السادس و يبطيء النبض وتهجع الاعراض الوظيفية والعامة قبل سقوطها بيومين و يعود تفاعل الكظرين ايجابياً بعد سقوط الحمى مع انه لم يكن يرفع التوتر الدموي حين اشتداد المرض الا قليلاً · و يزداد في الوقت نفسه عدد الكريات البيضاء ولاسيما الايوزينيات ووحيدات النواة الكبيرة والمتوسطة ·

ولا يطرأ على المريض ضغث في دور النقه بل يستمر التعب وقد ينكس المرض نكساً خفيفاً فترتفع الحرارة وتعود الاعراض الى الظهور مدة يومين الى اربعة ايام ·

وقد صادف المؤلف حادثتين تعرقلتا بعراقيل [1] روحية وثلاث حوادث طرأ فيها على المريض عراقيل بصرية

اما الاسباب فيحيط بها الغموض والابهام واما الانذار فحسن جداً

المداواة : عرضية تقوم بوصف ادوية مسكنة للالام الرأسية ومضادة للحرارة و باعطاء الكظرين لرفع التوتر الشرياني ·

---

[1] العراقيل (Complications) وهي من وضع الاب العلامة انستاس ماري الكرملي

حول استعمال الكلسيوم في امراض النساء

ن · ف · برسكين (N.F.Bereskine) : استعمل كول(Kœwel) الكلسيوم في عسرات الطمث التي لم يبدُ لها سبب تشريحي ظاهر فافادت واستعمل فكت (Fekete) هذا العلاج في التهاب الملحقات الحادة فكانت النتائج حسنة ايضاً ·

عالج ب · ١٣٢ مريضة مصابات بآفات تناسلية متنوعة فرأى ان فكت محق بمدح الكلسيوم في امراض النساء

يستعمل من كلورور الكلسيوم محلول عشري فيحقن باطن الوريد في اليومين مرة بـ ٥ — ١٠ سم مكعبة من المحلول المذكور · ويحسن الاَّ تحقن الهازلات باكثر من خمسة سم٣ · وليس لهذا العلاج ادنى محذور وقد ينجم منه نادراً ارتشاح خفيف تحت الجلد ·

يفيد الكلسيوم في مداواة التهابات الملحقات الحادة وتحت الحادة المصحوبة بآلام شديدة وارتفاع في الحرارة وارتشاح فيما حول الرحم وانزفة الرحم العاصية ·

يلاحظ بعد استعمال حقنتين تحسن مهم في حالة المريض العامة و يبدو ذلك بنقص الألم وهبوط الحرارة وخفة النزف ونضوب المفرزات

وليست النتائج في الحالات المزمنة حسنة الا في عسرة الطمث غير المصحوبة بآفات مرضية في باطن الرحم ·

ولم يبد لهذا العلاج فائدة في التهابات الرحم وعسرات الطمث والطمث النزفي المصاحبة لآفات مرضية ولا في ضمور المبيض وطفولة الرحم

مداواة الصرع بحقن الدم الذاتي

متلين (M.Mitline) و بسودنياكوفا (D.Bsodniakova) : هذه الطريقة سهلة ونتائجها حسنة هجعت بها الاعراض في بعض المرضى وزالت في البعض الآخر .

طريقة المداواة يبدأ اولاً ببزل الوريد واخذ ٥ — ١٠ سم٣ منه وحقن العضلات بها . ويجب ان تكرر هذه الحقن مرة في الاسبوع مدة ٧ شهور ويجوز ان يزاد المقدار تدريجياً حتى ٢٠ سم٣

تفيد هذه المداواة المصروعين الفتيان الفائدة العظمى مهما تكررت عدد نوبهم واما المصروعون الذين مر زمن طويل على اصابتهم فقلما يستفيدون لطروء تغيرات تشريحية على الدماغ ولذا ينصح م . ب باستعمال هذه الطريقة في اشكال المرض البدئية .

علاقة بعض الغدد الداخلية الافراغ في احداث التصلب الشرياني

س . شابيرو (S.Shapiro) : ثبت اليوم ان آفات التصلب تبدأ في قميص الشريان الباطن وتتألف من ادخار الشحوم المعتدله (lipoides) وشحم الصفراء (الكولسترين) في طبقة هذه البطانة العميقة فتكثف ثم تظهر خلايا كبيرة لاانتظام لها تحيط بقسم من هذه المذخرات . و يتألف الورم المعصود من اجتماع العناصر المذكورة : المذخرات الشحمية والخلايا الاسفنجية وتكثف البطانة الداخلية . تنشق فيما بعد الالياف المرنة وتنبثق فينشط النسيج الضام وتكثر الخلايا المصورات لليف ثم تنحل اثرات الكولسترين فتتحرر الحوامض الشحمية وتتصبن فينجم من ذلك تكون

اصبنة كلسية ترسب في طبقات البطانة الداخلية العميقة · وينجم اذخار الكولسترين في بطانة الاوعية الباطنة من ازدياد كمية الكولسترلين في الدم ازدياداً مستمراً واضطراب تطوره ورسوبه

وقد شك في وجود علاقة بين آفات تصلب الشرايين وبعض الغدد الداخلية الافراغ الاَّ ان ذلك لم يتعد حدود الظن والتخمين الى ان قام س · باجراء بعض تجارب اضاءت هذه القضية · أعطى بعض الارانب مادة غنية بالكولسترين ٤ غرامات لانولين (lanoline) منحلة في ١٢ سم٣ زيت القطن وقتل الارانب المذكورة بعد ١١٠ ايام فرأى انها اصيبت كلها بورم الشريان المعصود (athérome)

وقد جرب الطريقة نفسها في ارانب اخرى بعد ان استأصل منها الغدة الدرقية والطحال والكظرين والخصيين فرأى ان استئصال هذه الغدد الداخلية الافراغ ولا سيما الغدة الدرقية يزيد الكولسترين في الدم ويسهل تصلب الشرايين · وقد رأى ان الحيوانات التي حرمت ثلاثة ارباع كظرها لم يقع فيها اثر لعصيدة الشرايين فتقصير الكظر اذن يسهل تصلب الشرايين خلافاً للفكرة السائدة وتتفق هذه التجارب مع بعض التعاليم السريرية وهي ان الطحال مذخر للكولسترين الزائد في الدم · ولم تعرف بعد علاقة الغدد التناسلية بالكولسترين · ولكن عرف ان الخصي يزيد كمية الكولسترين في الدم بعض الازدياد وهذا دليل على ان الكولسترين يخدم الوظيفة التناسلية وتفيد الغدة الدرقية لتحميض الشحوم وينجم من قصورها ازدياد الكولسترين في الدم · ولا يقبل (ش ·) اراء المعهدين

الالماني والفرنسي عن وظيفة قشرة الكظر بل ينكر عليهما ذلك استناداً على تجاربه .

المداواة الواقية من تقيح الاسناخ السنية (pyorrhée)

ف . دونوفن (F.Donovan) ان تقيح الاسناخ السنية آفة كثيرة الوقوع تعصي المعالجة ولا سيما متى ازمنت

وقد لاحظ د . ان هذا الداء يصيب من يكثرون من تنظيف اسنانهم بالفرجون (brosse à dents) ٣ — ٤ مرات في اليوم فتسآل عما اذا لم يكن استعمال الشعرية استعمالا غير منطبق على قواعد الطهارة هو السبب فثبت له بعد التحري ان اكثر الشعريات المستعملة عفنة تكثر فيها الجراثيم فتعود اداة لتلويث الفم عوضاً عن ان تكون واسطة لتنظيفه

و يعتقد انه اذا روعيت قضية تعقيم الشعريات مراعاة اكيدة نقصت نسبة تقيحات الاسناخ السنية نقصاً لا يقل عن تسعين بالمائة .



مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريات الاستاذ حنا لويس فور (J. L. Faure)

«٣»

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر و شوكة موفق الشطي

ان النواسير البولية التي تنفتح في جدار البطن تشفى من تلقاء نفسها في اكثر الاوقات فيجب ان ينتظر ٣ – ٤ اشهر قبل اجراء اية عملية جراحية

واما النواسير المثانية المهبلية فشفاؤها اصعب ويجب التربص ايضاً بضعة اشهر قبل اجراء عمليتها تغسل في اثنائها المثانة ليخف تعفنها و ينتظر ريثما تلتئم النسج بعض الالتئام ·

و يشخص مقر الناسور بحقن المثانة بماء ملون فيخرج الماء من فوهة الناسور وتعين هذه الفوهة بوضع المنظار المهبلي فاذا لم يخرج الماء من الفوهة كان مقر الناسور في الحالب فيجب ان تضاء المثانة و يقثتر الحالبان لتعرف الكلية المريضة وحالة الكلية الثانية ·

و يميز في الممارسة نوعان من النواسير المثانية المهبلية : النواسير التي يكون بها العنق سليماً والنواسير التي يكون قد اضمحل بها العنق

والنواسير الخفوضة وهي سهلة الاجراء في الغالب

والنواسير غير الخفوضة وعملياتها كثيرة الصعوبة وتجرى العمليات بطريقين : الطريق المهبلي والطريق البطني ·

الطريق المهبلي : ان افضل الطرق ما كان اكثرها سهولة :

التنضير: حسن في النواسير الصغيرة على ان يكون المبضع حاداً ولا تتمزق الحافة الليفية التي يجب استئصالها · ويجب الا تكون الغرز ثاقبة وهذا امر مهم جداً في النجاح وان تشد الخيوط شداً حسناً وهذه النقطة دقيقة ايضاً · ان الغرز تمزق

فيجب استعمال خيوط الفضة المفتولة غير ان استخراجها مستصعب فتفضل والحالة هذه طريقة حنا لو يس فور التي اقتبسها من فرناي وهي الخياطة بشمر فلورنسة على شكل زر القميص ووضع رصاص غلّي الذي يسهل استخراجه ٠

التضاعف : نترك هذه الطريقة للنواسير الكبيرة التي تبلغ مساحتها مساحة قطعة القرشين السور بين المعدنية ٠وقد يكون التضاعف صعباً للغاية ٠يجب حسب هذه الطريقة ان يخاط جدار المثانة وان يخاط فوقه جدار المهبل ٠ غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه لان الخيوط تمزق المثانة متى شدت فتنزف وتكون النتيجة سيئة ٠فيفضل حينئذٍ الاستغناء عن الخيوط والاكتفاء بفصل المثانة الى مسافة بعيدة وتركها وشأنها وخياطة جدر المهبل خياطة حسنة فينسد الناسور المثاني من تلقاء نفسه ٠

« الخياطة المتقنة حسب طريقة فرناي »

طريقة بركهاي (Braquehaye) تقوم باجراء شق حول الناسور وفصل شريحة دائرية ودفنها في الثقب وسده بها وخياطة حافتي جدار المهبل فوق الثقب بعد تقريب احداهما من الاخرى ٠(النواسير السفلى المعادلة لقطعة قرشين سور بين معدنية)

ولكن اذا كان الثقب كبيراً جداً لا تلتصق الشريحة في الباطن٠ واذا كان الثقب صغيراً جداً كان دفن الشريحة صعباً ٠ واذا لم ينجع الطريق المهبلي السفلي جرب الطريق الآخر العلوي او البطني ٠

الطريق البطني :

الخياطة خلال المثانة (مريون) : ان ترندلنبورغ أوجد وضعته المائلة حين اجراء عمليات هذه النواسير ٠ ويجتنب الخلب في هذا الطريق الذي تشق به المثانة كما تشق في عملية الحصاة ويجتنب ايضاً خطر التهاباته ٠

الطريق خلال الخلب : (ديتل Dittel) يشق الخلب (البريطون) بين المثانة والرحم ويفرق حتى الناسور فينضر ويخاط وهذه الطريقة دقيقة الاجراء ٠

الطريق الخلبي المثاني (لاغو Legueu): يحتفظ بهذا الطريق لمعالجة النواسير الجراحية العالية ٠ يفتح البطن تشق المثانة على الخط النصفي حتى الناسور وتقتطع

فوهته ثم يخاط جرح المثانة طبقتين :

الطبقة الخاطية العضلية والطبقة العضلية الخلبية . و يوسع الثقب المهبلي لامرار احفوض فيه .

ويجب ان يقع الناسور على الخط النصفي لانه اذا وقع في الجانب خشي ان ينقلب الناسور المثاني المهبلي ناسوراً حالبياً مهبلياً .

وكثيراً ما تتعفن هذه النواسير الحالبية المهبلية فتصاب المريضات بالتهاب الحويضة والكلية فيكون استئصال الكلية الطريقة الوحيدة التي تشفي الناسور وتعفن المسالك البولية معاً .

النواسير المعوية : بطنية ومهبلية

نواسير المعى الدقيق : هي ضغث وخيم لانه يعرض المريضة لقلة التغذية ولتقرح الجلد فان عصير الامعاء يهضم محيط الناسور فيجب ان يطلى الجلد بهذا المرهم الآتي:

حمض التوتيا	٢٠ غراماً
اختيول	٤ غرامات
نشا	٢٠ غراماً
فازلين	١٠٠ غرام

ولا يجوز ان توسع هذه النواسير لان الامعاء موجودة حيث توجد المثانة ولان التوسيع يفضي الى ثقبها .

والطريقة الوحيدة في معالجة هذه النواسير معالجة جراحية انما هي المرور في خلب حر . وقد يحدث ان الناسور يختفي في سياق التجريد ولا يهتدى اليه فيستحسن ان يحقن الناسور بمحلول زرقة المتلين العشري . وقد تقضي الضرورة في بعض الحالات المهمة بقطع المعى الدقيق او بمفاغرة عروتين احداهما بالاخرى وتحويل مجرى المواد الغائطة .

النواسير المستقيمية المهبلية : متى تمزق العجان بعد الولادة يجب ان يرمم ترميماً حسناً في الحال بابسط الوسائط : بخيوط فضة او شعر فلورنسة وليس بالحشة (الكاتغوت) التي تتعفن في هذه النسج المتمزقة . واذا كان الشرج متمزقاً يترك ر يثما يندب

ينتظر شهرين او ثلاثة اشهر قبل ان يرمم العجان و يوجد شرح ضابط للمواد الغائطة واما اذا اجريت العملية قبل ذلك التاريخ فتكون النتيجة سيئة في الغالب وتعيد العملية المقبلة اشد صعوبة ٠

طريقة الاجراء :

١ً — اذا كان الناسور عالياً قريباً من العنق في الثلث العلوي يخاط بطريق البطن و يشق المهبل للتخفيض (drainage)

٢ً — اذا وقع الناسور في الثلث المتوسط وهو كثير الحدوث يصنع العجان و ينضر الثقب المستقيمي و يخاط وتقطع الشريحة المهبلية و يخاط المهبل وتصنع العضلات الرافعة ٠

٣ً — اذا وقع الناسور في الاسفل تكون عاصرة الشرج قد تلفت في الغالب فيجب ان يقطع الجسر الذي يفصل الناسور عن الشرج وان تخاط الرافعات و يصنع كما في تصنيع العجان العادي ٠

و يجب ان تكون المريضة محضرة تحضيراً حسناً لجميع هذه العمليات واذا استمر الناسور موجوداً فلا بد من التجلد الشديد لشفاء المريضة شفاءً تاماً ٠

اضطرابات الطمث

ضطرابات مفرزات المبيض الداخلية ، البلوغ ، الضهى (ménopause) الخصي المقم: ينسب الطمث الى افراز المبيض الخارجي و يقع الحيض حين ورص البويضات وقد يبيض المبيض بويضاته بدون وقوع الطمث ٠

متى غزر الطمث فتجاوز حده الطبيعي قيل له الطمث النزفي (ménorragie) او فيضان الحيض فيعالج بالراحة في السرير و يداوى بالحقن المهبلية الحارة والحمامات باعطاء ١٥ الى ٣٠ قطرة هما مليس عند كل طعام ٠

واما النزف الرحمي «metrorragie» فيقع في غير زمن ورص البويضات وقد يكون علامة آفة موضعية ٠

والانزفة الرحمية كثيرة الوقوع في البنات الفتيات حتى انها قد تهدد حياتهن بغزارتها

وان وسائل الفحص صعبة ومتعذرة فيهن ولكن قد يشعر بالمس الشرجي بانقلاب الرحم الخلفي او بورم المبيض او بالتهاب الملحقات ولا سيما بالتهاب الملحقات السلي ٠

غير ان اسباب الانزفة التي يجب تحريها تتعلق في الغالب بامراض باطنة :

آفات قلبية = تضيق الاكليلي

« كبدية = يصحبها حينئذ رعاف متكرر

آفات كلوية = بيلة احينية فقر الدم كانت تسمى داء الخضرة البريثي

و يجب التفكير في بعض الامراض الارثية : الزهري ، الناعور (هاموفيليا) الذي يظهر عادة في زمن البلوغ سواء أكان في الذكور او الاناث (وان يكن ظهوره فيهن نادراً) فتعالج الانزفة حينئذٍ معالجة سببية المعالجة المضادة للزهري، او بالمصل الهلامي « sérum gelatiné » وكلورور الكلسيوم ومصل الحصان في الناعور

واذا ظلت هذه التحريات عقيمة ولم تكشف الآفة تحري قصور المبيض واضطرابات الافرازات الداخلية فيعطى علاج تجربي خلاصة المبيض وخلاصة الغدة الدرقية ٥٠،٠٥ سنتغرامات في اليوم مدة ٨ — ١٠ ايام و يثابر على المعالجة شهرين او ثلاثة اشهر ٠

و يجرب الاستعضاء بالثدي (opthèrapie mamairem) فيعطى ٢٠ الى ٢٥ سنتغراماً من خلاصة الثدي وتراعى الشروط نفسها التي روعيت في اعطاء خلاصة المبيض والغدة الدرقية ٠

اذا اعطيت ابنة تنزف دماً غزيراً خلاصة الغدة النخامية قبل الحيض ببضعة ايام خفت الاعراض وتحسنت حالتها واما اذا ابقي النزف مستمراً وغزيراً على الرغم من ذلك واذا ضعف دم الابنة ضعفاً متمادياً وجب التوسط لمعرفة السبب فتخدر المريضة ويوسع غشاء بكارتها وتجرف الرحم تجريفاً استقصائياً وكثيراً ما يكفي هذا التوسط فيقف النزف اذا كان ناجماً من التهاب الرحم البسيط وتؤخذ قطعة من المادة المستخرجة للاستقصاء النسيجي الحيوي واذا لم يفد التجريف يداوى باشعة الراديوم او الاشعة المجهولة وتكفي عادة وحدتا كوري (2 milliuries)لانقاص الطمث دون أن يزول وخمس وحدات كوري (5 millioury) لقطع الطمث مدة من الزمن واذا زاد المقدار عن ذلك انقطع الطمث انقطاعاً تاماً وهذا ما يجب تحاشيه واذا

خابت جميع هذه الوسائط كان استئصال الرحم واجباً ٠

نقصان الطمث: يشاهد في النساء القليلات النسل و كثيراً ما ينجم من اضطراب الصحة العامة (السل) يعالج بالاستعضاء المبيضي (opothérapie ovarienne) ٣٠ — ٤٠ سانتغرام خلاصة المبيض في اليوم مرة ١٠ ايام قبل الحيض ويجوز ان يشرك الاستعضاء الدرقي مع الاستعضاء المبيضي ٠

انقطاع الطمث (amenorrhée) : قد ينجم من انسداد غشاء البكارة فيتكون انصباب المهبل الدموي (hématocolpos) او من الحمل (ويجب الا يساق التحري الى ابعد من ذلك اذا لم ينف الحمل اولاً نفياً باتاً) او من عيوب الجهاز التناسلي كما في بعض حالات الخنوثة الكاذبة (pseudo hermaphrodie)اونقص المهبل الولادي

انقطاع الطمث المسبب من حالة عامة : ينجم من السل او الانفعالات الشديدة اومن الخصي

الخصي : لقد بولغ في اخطار الخصي المزدوج مع انه اذا لم تنبه المرأة الى العوارض التي قد تطرأ عليها بعد استئصال رحمها ومبيضها قلما تشتكي هذه الاضطرابات: هبات حرارة (bouffées de chaleur) عرق ، سمن مع انها تأكل قليلاً

وتشوش حالتها الدماغية ايضاً فتميل الى النوم ويخف نشاط عقلها وتعود سريعة التنبه فزعة و يضطرب دورانها المحيطي فتصاب اطرافها بالمذل والمعص

تعالج هؤلاء النساء بالاستعضاء(opothérapie) مدة ١٠—١٥ يوماً في الشهر في الايام التي توافق الطمث او قبلها فتعطى ٢٠ سانتغراماً من خلاصة الغدد ويجوز ان يستعاض عن الحبوب والبرشانات بحقن تحت الجلد بهذه الخلاصة مدة ٥ او ٧ ايام

وقد جرب توفيه (Tuffier)التطعيم بالمبيض (greffe ovarienne) تحت الجلد فلم يعط نتائج حسنة لان الطعم يضمر بعد مدة من الزمن (زهاء سنة) غير ان المرأة تستريح في اثناء هذه المدة وتزول عنها الاضطرابات المذكورة ٠ وقد جرب فورنوف(Voronoff) التطعيم بالمبيض كما جرب التطعيم بالخصية فلم يعش الطعم اكثر من شهرين اوثلاثة اشهر وكانت الصحة العامة في اثنائها تتحسن تحسناً كبيراً

شبيهاً بالتحسن الذي كان يتحسنه الرجال بعد التطعيم بالخصية فكان الشيخ يتصابى وتعود اليه لذة الحياة والخ ...

عسرة الطمث (dysmenorrhée) : تنجم من امراض الرحم او المبيض . كالتهابات المبيض التصلبية او التصلبية الكيسية (scléro kystique) التي تلصق الرحم في الوراء . وآفات الحوض الصغير الناجمة من داء الافرنج المكتسب او الارثي . وقد تنجم من انثنا آت الرحم الى الامام اوالى الوراء فيصعب جريان دم الطمث ويقع القولنج .

المعالجة — تصنع حقن شرجية حارة بمائة الى ١٢٥ غراماً فيتوسع محل الشرج وتضطجع الاعضاء التناسلية عليه متى كانت المريضة مستلقية على ظهرها و يجوزان يضاف الى الحقنة ١٥ قطرة لودنم وتوصف الحمات(cures thermales)والاستعضاء (opotherapie)

الاضطرابات المرتبطة باختلال المفرزات الداخلية : (الغدة الخلالية في المبيض والجسم الاصفر)ان هذه المفرزات الداخلية تنظم الصفات التناسلية الثانوية في المرأة حين البلوغ فلها تأثير خافض للتوتر وامو هن لاعصاب القلب . (راجع بحث الخصي)

الاستعضاء نوعان: الاستعضاء المبيضي التام والاستعضاء بالجسم الاصفر و يستعمل الاستعضاء التام (خلاصة المبيض التامة) بعد الخصي الجراحي

واما الجسم الاصفر فيستعمل في قصور المبيض (العقم) و يجب ان تشرك دائماً خلاصة المبيض مع الخلاصة الدرقية او النخامية (النخامية مقوية عامة وتؤثر في الدوران) والخلاصة الكظر بعض الاستطبابات ايضاً .

غير ان المعالجة بخلاصات الغدد معالجة تردد وحيطة لأننا لانعلم حقيقة ما نعمل حين وصفها . فهي ادوية يستدعي استعمالها الدقة فيجب درس نتائجها وتبديل المقادير حسب الاشخاص .

العقم (stérilité):متى شكت الانثى عقماً ابرمت في معاينتها القواعد المرعية فتحريت فيها :

١ — التهابات المهبل اي مفرزات المهبل المرضية التي قد تكفي لقتل النطفة (الحييوين المنوي) وتتحرى حموضة هذه المفرزات بورقة عباد الشمس (tournesol)

٢ — التهابات عنق الرحم الالتهابات المزمنة التي تفرز مفرزات مخاطية وتكون سدادة مخاطية تسد فوهة العنق ولا تسمح للنطفة بالمرور ٠

المعالجة — تقوم بمداواة التهاب الرحم (تطبيق كاوي فيابوز)

٣ — ضيق العنق(stenose du col) وهو سبب كثير الاحداث للعقم والعنق المؤنف الذي يداوى بتصنيع فم العنق(stomatoplastie) حسب طريقة بوزي(Pozzi) فيعود العنق بعد هذه العملية غير منتظم قليل الظرف وتعود فوهته واسعة جداً ٠

وقد تكون فوهة العنق الظاهرة واسعة ولكن المانع يكون عند المضيق (isthme) اي عند الفوهة الباطنة و يصحب هذا الضيق انثناء امامي (antéflexioe) ٠

المعالجة — تقوم بالتوسيع وتقويم الرحم ٠ يوسع العنق والمريضة في فراشها بالاشنية ولا يجوز ابقاؤها في العنق اكثر من ٢٤ ساعة لأنها تبلغ حدها الاقصى من الانتفاخ بعد ست ساعات فتركها لا يفيد بل يضر لأنه يمنع المفرزات عن الخروج والافضل ان ترضع الاشنية مساء وتنزع صباحاً (ولا تستعمل الاشنيات المجوفة)٠ ثم تترك الرحم وشأنها يوماً كاملاً لتستريح قبل وضع اشنية ثانية وثلاث اشنيات كافية للتوسيع (رقم ٨ — ١٦ — ٢٢) ٠ و يبقى العنق بعدها مفتوحاً انفتاحاً كافياً مدة ثلاثة اشهر فاذا لم تحمل المرأة في أثنائها يكون التضيق قد عاد فيجب ان يعاد التوسيع

صور اير يبارن(Iribarne)من (بونس ايرس) انبوبا دقيقاً من الفضة ادخله الرحم وثبته بها بخيوط حمشة (كاتغوت) مدة ٢٠ يوماً حتى ميعاد الطمث المقبل وسمح للمرأة بالقيام والمشي ولم يسمح بالجماع قبل سقوط الانبوب بل سمح به بعد الطمث فكان يقع الحمل في الغالب حين الطمث التالي ٠

ان انفتاح العنق يبقى بعد انبوب اير يبارن بضعة اشهر و يظل الحمل محتمل الوقوع في الاشهر الستة التي تلي وضع الانبوب ٠

للبحث صلة

التخدير في امراض الفم

« ٣ »

تخدير العصب الفكي العلوي

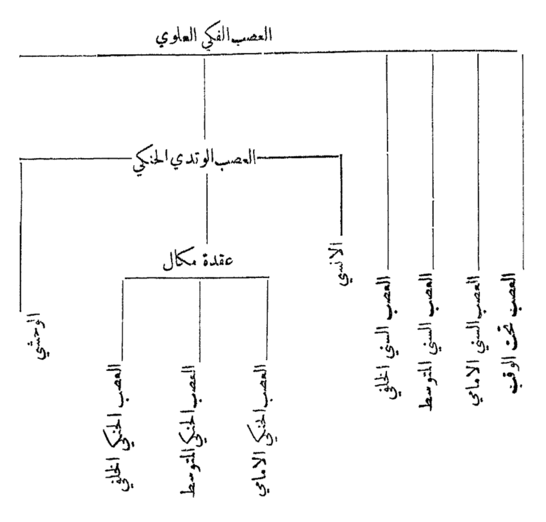
للحكيم جينستاي استاذ في شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

اوردنا في الجزئين السادس والسابع من هذه المجلة لمحة عامة عن التخدير في امراض الفم ثم جئنا على تخدير العصبين المضغي والسني السفلي واننا نتكلم الآن عن الطرق المتنوعة في تخدير العصب الفكي العلوي ٠

لمحة موجزة عن تشريحه

ينشأ العصب الفكي العلوي من عقدة غاسر ويخرج من القحف بالثقبة المدورة الكبيرة و يدخل موخر ارض الحفرة الجناحية الفكية و يجتاز الشق الجناحي الفكي ٠ ثم يدخل القناة تحت الوقب و يجتازها ولدى خروجه منها يتفرع فروعاً عديدة و ينتهي فيكون اتجاهه من الوراء الى الامام ٠ وتشتق منه في اثناء سيره اغصان عديدة نرسم سحنتها فيما يلي :



ان عقدة مكال التي تصل اليها شعب من الاعصاب الوجهي واللساني البلعومي والودي واقعة ايضاً في الحفرة الجناحية الفكية تحت جذع العصب قليلاً .

فيكون المسير الذي يقطعه هذا العصب خلال العظم طويلاً ومناله مستصعباً الا في الحفرة الجناحية الفكية . وفي بلوغه طرق عديدة فمن الجراحين من يسير اليه بطريق الجلد ومنهم من يسير اليه بطريق الغشاء المخاطي من باطن الفم .

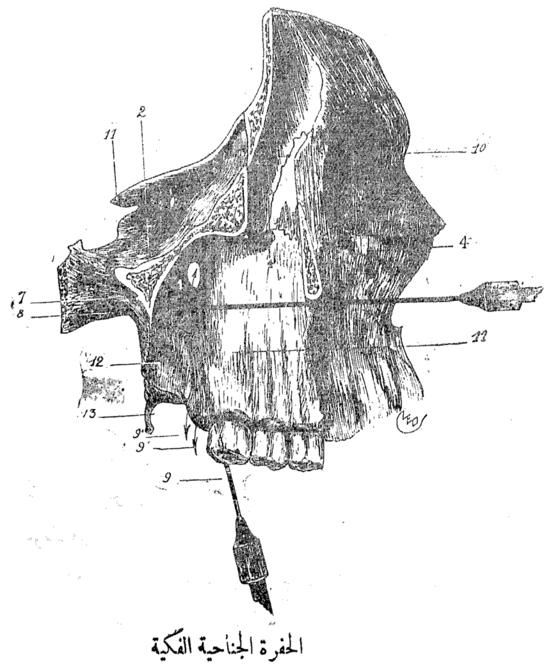
طريقة شفريه(Chevrier) : تقوم بالمرور في الوقب و بلوغ الثقبة المدورة الكبيرة خلال الشق الوتدي الفكي . و يصعب جداً اقناع المريض بقبول هذه الطريقة بعد ان بينا المسير الذي تسلكه الابرة . وقد بدل ماتاس (Matas) هذه الطريقة بعض التبديل

طريقة مونش(Munch) : تغرز الابرة خلف الزاوية المكونة من الناتئ الحجاجي الوحشي للعظم الوجني ومن القوس العذارية بسنمتر واحد فاذا اتبعت الابرة حدبة الفك دخلت القسم العلوي من الحفرة الجناحية الفكية قريباً من الثقبة المدورة الكبيرة و يجب ان تغرز الابرة بانتباه زهاء ٥ سم وان تراعى قواعد الطهارة مراعاة شديدة بعد طلي الجلد بصبغ اليود .

ان هاتين الطريقتين يتبع فيهما طريق الجلد . واننا الآن سنأتي على ذكر طريقتين يتبع فيهما طريق الفم وهما الطريقتان اللتان يفضلهما اطباء الاسنان على ما سبق لأنهما تجريان بطريق الفم :

طريقة سميث (Smith) . يستعمل سميث ابرة طولها ٤٠ ملمتراً مؤلفة زاوية قائمة مع المحقنة المتصلة بها . ثم يعين في دهليز الفم قمة جذوع الرحى الثالثة العليا حيث يغرز ابرته مسدداً اياها الى العالي والانسي والوراء قليلاً محافظاً على ملامسة حدبة الفك الخلفية فمتى دخلت الابرة ٣٠—٣٣ ملمتراً بلغ طرف الابرة منطقة العصب

امّا كمية السائل المعد للحقن به والاحتياطات التي تجب مراعاتها فهي هي نفسها التي وصفناها في المقالة السابقة و يستعمل نيفار (Nivard) محقنة طرفها شبيه بالحربة .



الحفرة الجناحية الفكية

١ — الحفرة الجناحية الفكية ٢ — الثقبة المدورة الكبيرة
٣ — الشق الوتدي الفكي ٤ — القناة تحت الوقب
٥ — الثقبة الوتدية الحنكية ٦ — القنوات السنية الخلفية
٧ — قناة فيديوس ٨ — القناة الجناحية الحنكية
٩ — القنوات الحنكية الخلفية ١٠ — الوقب
١١ — حدبة الفك ١٢ — الجناح الوحشي للناتئ الجناحي
١٢ — محجن الجناح الانسي للناتئ نفسه ١٣ — اجنحة العظم الوتدي الصغيرة ٠

طريقة دوشنج (Duchange)

يرُ دوشنج في القناة الحنكية الخلفية و يصل الى ارض الحفرة الجناحية الفكية فيأخذ محقنة مجهزة بابرة طولها ٤٠ ملمتراً و يعين فوهة القناة فيرسم خطاً يصل مركزي الناجذتين احدهما بالآخر وخطاً ثانياً على الفك محاذياً للقوس بعيداً عن عنيق الناجذة زهاء سنتمتر ونصف السنتمتر. فتدل النقطة التي يتقاطع بها الخطان على فوهة القناة ومتى جست الاصبع هذا المكان شعرت بانخفاض فيجب ان تغرز الابرة فيهِ وان تجعل المحقنة حذاء ضرس السنة السادسة . و بعد ان تغرز الابرة زهاء ٢٠ ملمتراً يصبح جدار العظم عموداً فيجب ان يحاذي جسم المحقنة وجه ضرس السنة الثانية عشرة ثم تغرز الابرة زهاء ١٣ ملمتراً ايضاً فيكون مجموع الطريق الذي قطعته الابرة ٣٣ ملمتراً

و بعد ان نثق كل الوثوق ان الدم لايخرج من الابرة نحقن بالمحلول المخدر . و يخشى في هذه الطريقة ان تكسر الابرة ولهذا لاتستعمل ابر الفولاذ فيها .

ان هذه الطرق تخرج بعض الخروج عن دائرة التوسطات التي يجريها اطباء الاسنان غير ان عليهم ان يعرفوها . ان المنطقة التي يجرون عملياتهم فيها هي منطقة شديدة الخطر لأنها قريبة من العصب العيني والشريان الفكي الباطن . فيجب ان ينتبه الانتباه الشديد في اجراء هذا التخدير اما نحن فقد شاهدنا ونحن نجري التخدير بطريقة دوشنج شفعاً (diplopie) موقتاً ناجماً من شلل عضلات العين وصفوة القول ان تخدير العصب الفكي العلوي يقوم بخدم جليلة غير انه يستدعي دقة في العمل وادوات خاصة وطهارة فائقة

مفكرة في الطب العملي

مترجمة بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي عن المطبوعات الحديثة

مداواة القولنج الكبدي

واحدة سواء أكان القولنج ناجماً من المجاري الكبدية نفسها ام من المرارة ولا تختلف المداواة الا في الادوار التالية

أ — المداواة الواقية ·

قد يشعر المصاب بالرمل الكبدي ببعض امارات تنذره بقرب وقوع النوبة فتكون المرارة حينئذ مؤلمة ممتلئة وقد يبدو في البول لون اليرقان الخفيف ·

فتجتنب النوبة حينئذٍ : ١ً — بملازمة الراحة وشد البطن بزنار والامتناع عن المسهلات

٢ً — بالحمية اللبنية · فيؤخذ اللبن المزالة قشدته جرعاتٍ جرعات

٣ً ـ باستعمال رفادات رطبة حارة على ناحية الكبد

٤ً — ببلع ٥—٦ حبات اترااميل فالريانيك (etheramylvalérianique) في كل منها ٠،٥٠ سنتغراماً

٥ً — بتجرع اربع برشانات في كل منها ٠،٥٠ صفصافاة الصودا او ثلاث حبات اوروتروبين في كل منها ٠،٥٠ على ان تحل بالماء او ٢٠—٤٠ قطرة من صبغ البولدو (teint. de boldo)

٢ً — مداواة النوبة

أ — يلزم المريض الراحة في فراشه مدة بعد زوال النوبة وذلك ريثما يزول ألم المرارة

ب — يعطى اذا كانت المعدة جيدة اتراً من ابن مزالة قشدته ممزوجاً بماء فيشي او بنصف فنجان قهوة جرعات كل نصف ساعة مرة و يجوز ان يأكل حساء الخضر اما اذا كانت المعدة مضطربة فيحمى حمية مطلقة و يوعز اليه بمص قطع من الجليد و يستعمل الماء الكلورفورمي او شراب ريفيار او بضع حبات لازالة الاقياء

ج— تفرك ناحية الكبد والمرارة بالطلاء الآتي

كلورفورم	١٠ غرامات
خلاصة الافيون خلاصة اللفاح خلاصة حشيشة البنج	من كل غرامان
البلسم المادي	٤٠ غراماً

او بثلاثين قطرة من اللودنم او ملعقة قهوة من صفصافاة المتيل وتستر الناحية برفادات حارة · اما اذا استمر زمن النوبة او صحب ذلك ارتفاع في الحرارة فيجب تطبيق كيس جليد

د -- يحقن المريض بحقنة مركبة من ١٠٠ غرام ماء فاتر مضاف اليها ١ — ٥ ،١ انتيبرين او ٣٠ — ٤٠ قطرة لودنم على ان تضبط مدة من

الزمن وتكرر هذه الحقنة بعد ساعتين اذا قضت الضرورة

او توضع فتيلة من الفتائل الآتية (٤ في اليوم)

خلاصة اللفاح } من كل ٢٠٫٠ سنتغرام
خلاصة الافيون }

زبدة الكاكاو غرامان

هـ — يستحم المريض بحمام فاتر تزاد درجة حرارته الى اقصى حد يستطيع تحمله و يكرر ذالك مرتين او ثلاث مرات

و — واذا كانت النوبة شديدة يحقن تحت الجلد بحبابة فيها

كلورمائية المورفين ٠٫٠١ سنتغرام
كبريتاة اللفاحين ٠٫٠٠٠٥ مليغرام

و يحقن تحت الجلد في الوقت نفسه بحبابة فيها زيت مكوفر ٠ ولا يجوز ان يحقن باكثر من نصف سنتغرام مورفين اذا كان المريض حدثا اولا يتحمل الافيون ٠

يجدد الحقن بالمورفين اذا قضت الحاجة مرتين اوثلاث مرات في اليوم

فاذا لم يستطع المريض ان يتحمل المورفين واعتراه منه قيء مستعص استبدل المورفين بالهاروئين (héroine) فيحقن منه تحت الجلد بـ ٠٫٠١ سنتغرام ٠

ولا يجوز ان يستعمل المورفين اذا كان القلب مصاباً بوهط او كان النبض صغيراً متشوش النظم والتوتر الشرياني منخفضاً او متى خشي الغشي او كان شكل القولنج الكبدي مزمناً ٠

ح — ينشق الكلوروفورم حسب طريقة الملكة اذا لم يكف المورفين

لتسكين الألم .

ط — يحقن تحت الجلد بالبنين والزيت المكوفر او تطبق حجامات جافة متى ضعف القلب واحتقنت الرئة

ي — يوصف الاوروترو بين متى ارتفعت حرارة المريض

ك — يعطى المريض اذا تكررت النوب ٥٠ غرام زيت الزيتون في كل صباح ويزاد هذا المقدار ٢٠ غراماً في كل يوم حتى ١٠٠ او يعطى ٢٠ = ٣٠ غرام غلسرين و يوعز الى المريض في مثل هذه الحالة بالمثابرة على تجرع لبن مزالة قشدته اولبن مطبوخ مع الارز ويسمح للمريض بأكل اثمار ناضجة

واذا لم تكف هذه الوسائط كلها يستعمل الاستحرار [١]

ل — يستعمل المريض متى زالت النوب ١،٥ اوروترو بين في كل يوم مدة من الزمن .

---

(١) الاستحرار ترجمة (diathermie) وهي من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي



مطبوعات حديثة

كتاب الجراحة الصغرى لمؤلفه . ج مازونه (J. Maisonnet)

نظر مؤلف هذا الكتاب الى النقاط العملية التي يتوقف عليها نجاح المعالجة سواء أكان ذلك في تأهيب المريض للتوسطات الجراحية والطبية او في ما يتلوها من العناية التي لاتقل اهمية عن التوسط الجراحي والطبي نفسه اذ عليها يتوقف حسن النتيجة فكتب كتابه مفعما بهذه الروح وقد اجتنب في ابحاثه ما يدعو الى التشويش فجاء سهل المنال على طالب الطب والطبيب الممارس والممرض والممرضة لأنه يرى والحق معه انه لامندوحة من نشر هذا العلم وتبديل عنوانه لأن عنوان الجراحة الصغرى غير صريح والأفضل ان يستبدل باسم (علم الطرق العملية الطبية والجراحية) . بحث مؤلف هذا الكتاب عما يقع من الحوادث الفجائية ولاحظ ان الطبيب، اختصاصياً كان ام غير اختصاصي ، وطالب الطب والممرض والممرضة يضطرون في بعض الاحيان لانتسابهم الى مهنة الطب ان يسعفوا شخصاً طرأت عليه طارئة فيتحتم عليهم ان يدرأوا عنه الخطر الداهم بسرعة فائقة لان الانتظار يجر الموت فأبان في كتابه كل ماتجب معرفته في هذا الشأن فليس الكتاب والحالة هذه مفيداً لطالبي الاختصاص بالشعبة الجراحية فحسب بل لجميع من انتسب الى الطب . وهذا الكتاب حاوٍ لكل ما استحدث من الاراء والوسائط ومزين بـ ٧٢٣ رسماً حسن الترتيب والتبويب قسمه المؤلف اقساماً فبحث في القسم الاول عن الجريح او المريض وما يحتاج اليه كل

منها وتكلم في القسم الثاني عن العمليات الجراحية وطرق التأهب لعملها وبحث في القسم الثالث عن التضميد والربط واوضح في القسم الرابع أجهزة الكسور والنقل وخصص القسم الخامس بالبحث عن رضوض المفاصل وخلوعها وطرق في القسم السادس بحث المداواة الطبية والجراحية في امراض النساء وطرق البول وجاء في القسم السادس على اعضاء الحواس وامراض الفم ٠

وقد كنا نرغب لو ان المؤلف نفض عن كتابه غبار السلف فنبذ الطرق القديمة التي لم تعد مستعملة نبذ النواة ولم يأت على ذكرها في مؤلفه لأن ذكر هذه الطرق التي اكل الدهر عليها وشرب نقطة سوداء في صفيحة هذا الكتاب الناصعة البياض والجمع بينها و بين الطرق الحديثة اشبه شيء بالجمع بين الثوب البالي الرث والنسيج الجديد الثمين ولعله فاعل في طبعته المقبلة ٠

وصفوة القول ان هذا الكتاب جامع جليل الفائدة نحث زملاءنا الكرام وطلبتنا الافاضل على اقتنائه ٠

الجزء ٢ المجلد ٥

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٢٨ م الموافق لشعبان سنة ١٣٤٦ هـ

داء المتحولات

في شكله التيفي أو الحمى التيفية

للحكيمين: ترابو استاذ في المعهد الطبي العربي
صباغ طبيب في المستشفى العسكري بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قال احدنا في مقالة سبقت نشرت في الجزء الاول من هـذه المجلة ان تمييز الشكل التيفي من داء المتحولات عن الحمي التيفية ممكن . وهـذا هو اعتقادنا غير ان التشخيص يصعب جداً في بعض الحالات كما يتبين من المشاهدة التي سنوردها وهذه الحالات نادرة والحمدلله .

دخل لـ ٠٠٠ المستشفى العسكري في ١٣ نيسان سنة ١٩٢٧ مصاباً بحمى منذ ٧ ايام وكان يشكو صداعاً موءلماً . فتبين من معاينته ان لسانه كثن ومشقق وان في حفرتيه الحرقفيتين قرقرة وان على بطنه لطخطتين ورديتين . وكان مصاباً باسهال شبيه بعصير البطيخ وانه لم يرعف ولم يكن طحاله ضخماً فشخص مرضه (حمى تيفية , مع انه كان قد لقح باللقاح المضاد للحمى التيفية ونظيراتها) فاستنبت دمه في ١٥ نيسان سنة ١٩٢٧ فكان سلبياً فعولج على الرغم من كل هذا معالجة مصاب بالحمى التيفية : جليد على

البطن ، حقن شرجية باردة ، مغاطس باردة ، فظلت الحمى تتموج ماحول الدرجة ٣٩ مدة اسبوعين . فاعيد استنبات الدم في ٢٩ نيسان فكان ايضاً سلبياً واما معاينة الفحو فكشفت المتحولة الزحارية في الغائط فخالجنا الشك في التشخيص السابق وباشرنا المعالجة بالامتين فبدأت الحمى بالسقوط وعادت الى جوار الحرارة الطبيعية بعد الحقنة الوريدية الثامنة حتى خيل ان تشخيص داء المتحولات التيفي الشكل ثابت لا شك فيه لان استنبات الدم مرة ثالثة كان سلبياً .

وقد اجرينا عدا ذلك تحريات اخرى متنوعة فعاينا الدم وكانت نتيجة المعاينة كما يلي :

عدد الكريات الحمراء	٤١٠٠٠٠٠	
: : البيضاء	٩٢٠٠	
الصيغة الكروية :		
كثيرات النوى	٦٤	بالمائة
وحيدات النواة	٣٦	«

وقد بزل القطن تخفيفاً للصداع فانصب سائل دماغي شوكي صاف محتو على :

احين (البومين)	٠،٢٢	سنتغراماً
سكر	٠،٤٥	«

ولم تكن فيه خلايا .

وكان تفاعل واسرمان عليه سلبياً

وتفاعل الجاوي الغروي طبيعياً .

يستدل من هذا ان السائل الدماغي الشوكي كان طبيعي التركيب كيماوياً ونسيجياً وحيوياً وان في الدم قد ازدادت الكريات البيضاء لانها بلغت ٩٢٠٠ مع ان هذه الكريات تقل عادة في الحمى التيفية .

وهذا ما دعانا الى التفكير في الشكل التيفي من داء المتحولات لان الكريات البيضاء تكثر في هذا الداء مهما كان شكله .

غير ان اللطخات الوردية التي بدت في بدء المرض وازدياد عددها حتى انها عمت البطن وجزءاً من الجذع دعتنا الى الظن بالحمى التيفية لان هذه اللطخات قلما تكثر هذه الكثرة في داء المتحولات .

ثم دخل المريض دور النقه فاصيب في سياقه بالتهاب الوريد . وهذه العرقلة (complication) دليل واضح على الحمى التيفية والتعفن العام الذي اصيب به المريض .

لا ينكر ان المتحولات كانت في الغائط وان الزحار المتحولي كان واضحاً لا شك فيه غير ان الزحار لم يمنع الحمى التيفية الحقيقية عن الظهور لان منحني الحرارة واللطخات الوردية وذات الوريد المتأخرة الكثيرة الظهور في الحمى التيفية والتي لا ذكر لها في داء المتحولات ، دليل على التعفن التيفي وان تكن استنباتات الدم ظلت سلبية .

....

ان هذه المشاهدة جديرة بان تعلن لما فيها من الفائدة . فمتى ظهرت في مريض يحمل في غائطه المتحولات الزحارية اعراض تعفن عام وكان منحني حرارته كالنجد ودرجته بين ٣٩ - ٤٠ لا يحق لنا ان نفكر في الشكل التيفي من داء المتحولات متى ظهرت اللطخات الوردية لانها لا تزال كبيرة الدلالة على الحمى التيفية ولا وجود لها في داء المتحولات فيكون المريض مصاباً بالزحار المتحولي وبالحمى التيفية في آنٍ واحد ولو بقي استنبات الدم سلبياً ويجب ان يعالج المعالجة المزدوجة .

وان سقوط الحرارة الذي شاهدناه في مريضنا بعد الحقن بالامتين كان مناسباً لبدء دور النزول في الحمى التيفية واننا ننسب هذا الهبوط الى الابتراد [1] الذي استعمل منذ بدء المرض فسارت الحمى بفضل هذه المعالجة الرشيدة سيرها الحسن لا الى الامتين .

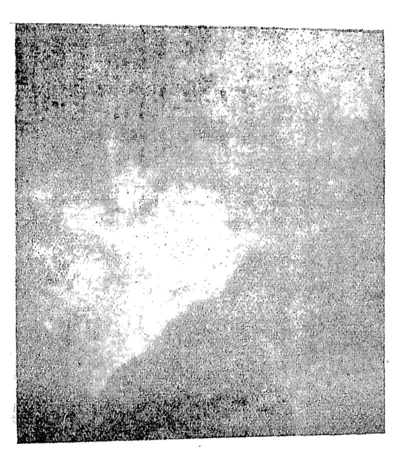
---

(١) الابتراد المعالجة بالماء البارد وقد نبه الى هذه الكلمة العلامة الاب أنستاس ماري الكرملي

احصاة ام عقدة في قاعدة الرئة اليمنى

للحكيم طاهر الجزائري
استاذ علي الاشعة والجراحة

ان الصدفة مكنتنا في سياق المعاينات الشعاعية التي أجريناها من العثور على هذين الرسمين اللذين ندرجهما على صفحات هذه المجلة ليراهما القراء



الرسم (١) جانبي أيمن يمثل الحصاة في قاعدة الرئة اليمنى

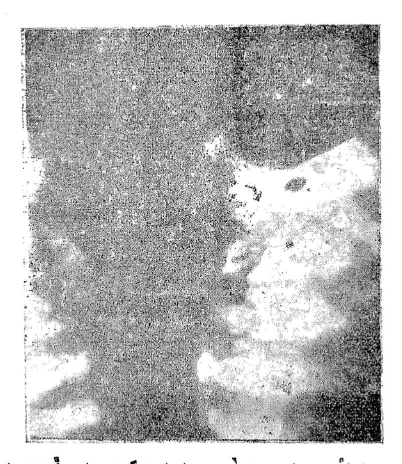
الكرام وفيهما يبدو ظل حجمه كحجم حبة الزيتون واقع في نقطة من الرئة يندر ان يرى فيها مثل هذا الظل .

وهذان الرسمان هما رسما صدر رجل في الثلاثين من عمره جاء دار معاينتنا لعلة رئوية . فقد كان يشكو سعالاً مستمراً ووهناً عاماً وكان قد نفث ايضاً بعض قشاعات مدممة .

ولم يكشف الاستماع فيه أقل عرض ظاهر لان التنفس كان طبيعياً ولم يسمع في جهازه التنفسي ادنى غمغمة عارضة وهذا ما اثبتته المعاينة الشعاعية التي أظهرت ان ساحات الرئة نيرة انارة تامة . غير ان الرسم الشعاعي أبدى لنا سلسلتين من العقد حول النقير (hile) وعقداً طباشيرية وكشف انا ايضاً ظلاً زيتونياً وهو الذي يدور عليه كلامنا الآن في هذه العجالة . وهذا الظل واضح الحدود يظهر جلياً لانه باقتامه يباين الاسناخ النيرة . وهو واقع على بعد نصف قيراط من ذروة الحجاب الحاجز الذي تبدل تبدلاً خفيفاً في هذه النقطة بسبب الالتصاقات التي اصابته .

أفهذا الظل حصاة أم عقدة ؟ هذا هو السؤال الغامض الذي نجدُّ الآن في تبديد غموضه . انا بعد التفكير الطويل قد ملنا الى الحصاة على الرغم من ندرتها للاسباب الاتية : لان التشريح لا يذكر لنا عقداً بلغمية في قاعدة الرئة . ولان عقدة ضالة لا يحتمل وجودها في تلك النقطة نظراً الى الصفات الشعاعية التي نبينها الآن : انا اذا قابلنا بين ظل عقد السرة الطباشيرية التي ذكرناها والظل الذي نتكلم عنه الآن نجد ان الفرق بينهما بيّن لان الظل الزيتوني في قاعدة الرئة اوضح كثيراً من ظل تلك العقدة . فهو ولا شك

ظل جسم صلب كلسي التركيب ليس له اقل علاقة بسلسلة العقد السرية فهو اذن من الوجهة السريرية حصاة وليس سواها ٠



الرسم (٢) — امامي خلفي يمثل الحصاة ايضاً في قاعدة الرئة اليمنى

واذا أقررنا بذلك كان علينا ان نطرح هذا السؤال الثاني : هل الظل الذي نراه ظل رواسب مجتمعة في القصبات أم ظل كهيف قد امتلأ واستحال محتواه استحالة كلسية ؟ اننا نلقي جانباً امر الكهيف لان قاعدة الرئة ليست في الغالب مقراً للكهوف ولان ملحمة [1] الرئة نيرة في محيط هذا الظل فلا يحتمل ان تكون قد أصيبت باعراض مرضية مهمة ٠

(١) الملحمة ترجمة (parenchyme) وهي من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي

اما امر الحصاة فهو على العكس أقرب الى الحقيقة لان هذه الحصاة واقعة في الرسم على مسير تفرّع قصبي وان هذا التشخيص الذي يبدو لنا منطبقاً على المنطق يعلل لنا السعال الانعكاسي الذي يعتري المريض دون ان يكون مصاباً باعراض سريرية او شعاعية توضح سبب هذا السعال ويعلل ايضاً سبب القشاعات المدممة التي ذكرها لنا المريض في استفساره

حول تاريخ داء الافرنج

توهم احد المؤلفين ان الشرقيين يطلقون على الزهري اسم داء الافرنج لاعتقادهم ان فرنسة مصدر هذا الداء وانه قد انتقل منها الى الشرق فألف كتابا ضخماً سمى هذا المرض فيه « داء الشرق » وقد نسي ان الامم الشرقية تعني بكلمة الافرنجي الغربي مهما كانت جنسيته الاوربية وقد رغبنا ان نقول كلمة في تفنيد ماجاء في هذا الكتاب من الاغلاط التاريخية وجمعنا وثائق تاريخية متعددة دعماً لما سنورده وبينا نحن نعد عدتنا قرأنا لاحد اطباء الالمان (وهو افرنجي) مقالا ممتعاً يستخلص منه ان هذا الداء اميركي المنشإ كما بين حنا استروك طبيب لويس الرابع عشر الخاص والبرهان على ذلك :

١ً — انتشار هذا المرض في الديار الغربية بعد كشف اميركا بسنتين اي سنة ١٤٩٤ وقد سماه الغربيون اسماء متعددة فلقب بالداء الاسباني والبولوني والالماني والتركي والفرنسي الخ وسماه الالمان داء الفرنسيس وسماه الفرنسيون انتقاماً داء الالمان والداء النابولي ٠

٢ً — كشف تماثيل ومومياء اميركية تبدو عليها تشوهات شبيهة بالزهري

٣ً — اصابة اللاما (Lama) وهي حيوان داجن في اميركا بمرض يشبه زهري البشر وانتقال هذا المرض منها الى الانسان . العكس بالعكس وكان هنود اميركا القدماء مولعين باتيان الحيوانات فقد يكون داء الافرنج والحالة هذه قد انتقل من هذا الحيوان اليهم

ش ٠ م ٠

مشاهدتان عن الرحى العدارية [1]

للحكيم داود بنتو احد اطباء المستشفى الفرنسي في دمشق
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

المشاهدة الاولى :

السيدة أ ٠ ر ٠ ارمنية من مرعش عمرها ٢٥ سنة متزوجة منذ اربع سنوات لها ولدان ولدا ولادة طبيعية وهما صحيحا البنية ٠ اصيبت في الاشهر الاولى من حملها الاخير بتفرث (قيء الحبالى) مستعص وتقزز من بعض الاطعمة وهزلت هزالاً سريعاً ٠ واعتراها في الشهر الثالث سيلان مدمم متقطع تصحبه بعض الآلام في اسفل البطن وحس حصر (angoisse) .

تبين من معاينتها ان بطنها اكبر من حالته الطبيعية وانه مؤلم بالجس في الناحية المناسبة للرحم ٠ وان النبض سريع (١٢٠) والحرارة ٣٦،٥ وان عنق الرحم منفتح بعض الانفتاح ٠

فسرعنا التخليص بالتوسيع اليدوي ونظفنا وغسلنا باطن الرحم بالمحلول اليودي ٠ وتبين من معاينة القطعة التي كانت معادلة بحجمها لمشيمة عمرها ٦ — ٧ اشهر عوضاً عن ثلاثة اشهر انه لا فلقات (cotylédons) فيها وان منظرها شبيه بعنقود العنب ، محشو حويصلات حجمها كالحمصة وأن فيها بعض اقسام مصابة بالموات ولم يكن اثر للجنين وصحة المرأة الآن حسنة ٠ ....

المشاهدة الثانية :

السيدة ل ٠ س ٠ عمرها ٣٢ سنة متزوجة ولودة ، ولاداتها السابقة طبيعية ، بدأ حملها الاخير في شهر اذار سنة ١٩٢٥ وقد اعتراها في سياقه خفقان وتفرث ووهن شديد ٠ واصابها في الشهر الثالث سيلان احمر متقطع استمر شهراً ثم أسقطت وقد تبين من الفحص على القطعة : ان حجم المشيمة كحجم قبضتين وان انقاضها مستحيلة وان الحويصلات فيها

---

(١) الرحى العدارية ترجمة « môle hydatiforme » راجع هذه المجلة مجلد ٣ ص ٢٣٥

شبيهة بعناقيد العنب الصدفي ومملوءة سائلاً ضارباً الى الابيضاض ولم يكن اثر للجنين • فأجري التنظيف وغسل باطن الرحم بالمحلول اليودي فشفيت المرأة •

• • • •

ان هاتين المشاهدتين لا تخلوان من الفائدة لان حوادث الارحية العدارية نادرة ومنهما يستنتج انه يجب الحذر من السيلان الاحمر الذي يصيب امرأة حاملاً في اشهرها الاولى ولا سيما متى كانت الاعراض اشد مما هي عليه في الاحوال العادية •

ويجب متى وضع التشخيص ان تخلص سريعاً وان تنظف الرحم ويغسل باطنها بالمحلول اليودي •



معالجة زكام الرضع

تمكن انجل (Engel) من اعادة الغشاء المخاطي المصاب بزكام مستعصٍ ناكس الى حالة تقرب من حالته الطبيعية بتقطير محلول مركب من احد ملاح التوتيا ممزوجاً بالكظرين الالفي • تقطر منه ٢—٣ قطرات في كل انف مرتين الى ثلاث مرات في اليوم

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم
وكيفية تشخيصها ومداواتها

« ٢ »

للحكيم عبد القادر سري
استاذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح في المعهد الطبي

التدقيقات السريريات

تقسم التقيحات الواقعة حول الميزابة البلعومية من الوجهة السريرية قسمين القسم الاول يتضمن التقيحات التي تستقر في المسكن الحشوي وهي على نوعين خلفية وجانبية والقسم الثاني هو التقيحات التي تستقر حول محيط المسكن الحشوي وتتصف بتظاهرات بلعومية كتقيحات المسكن العقدي في العنق واننا سنبحث في كيفية تكوّن كل من هذين القسمين مع علاماتهما المرضية واشكالها السريرية وانذارها فنقول ٠

التقيحات التي تتكون في المسكن الحشوي

هي على نوعين النوع الاول هو الذي تستقر به التقيحات وراء البلعوم وتعرف بـ (التقيحات خلف البلعوم) واما النوع الاخر فهو الذي تستقر به التقيحات الى جانب البلعوم وتعرف (بتقيحات البلعوم الجانبية) وتسمى ايضاً لانها واقعة تحت اللوزة وبوق اوستاكيوس (التقيحات تحت اللوزة والبوق)

التقيحات خلف البلعوم

يجتمع الصديد في هذا النوع من التقيحات في خلاء ما وراء البلعوم ويحده في الوراء العمود الرقبي والعضلات قرب الفقار والصفاق قرب الفقار

وفي الجانبين الصفايح التي ترتكز على البلعوم بواسطة مناشىء الاوعية البلعومية وتمتد من العضو المذكور حتى القسم الانسي لنواتىء الفقرات الرقبية المعترضة

الاسباب : تختلف الاسباب المرضية حسب الخراجات الحارة والباردة ٠

الخراجات الحارّة : تنمو التقيحات مـا وراء البلعوم في النسيج الخلوي او حول العقد البلغمية فيتكون منها تارة الفلغمون العقدي واخرى الفلغمون البسيط ٠ و ينشأ الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم من الحفرتين الانفيتين وقطعة ما وراء الانف من البلعوم لان سببه التهاب عقدتي (جيلت) البلغميتين ٠ وقد ذكر (تروفرت)عن(مارك آندره) الذي وصف في اطروحته الاوعيـة البلغمية للحفرتين الانفيتين وراء القسم العلوي في البلعوم مجموعتي عقد بلغمية تتألف احداها من عقدتين صغيرتين متوسطتين وتستقر ازاء الالتصاق الليفي القفوي الفهقي البلعومي والاخرى جانبية توجد امام الكتلة الجانبية من الفهقة على بعد سانتمترين من الخط المتوسط ٠

و ينصب في عقد المجموعتين المذكورتين الجذر العلوي من الجملة البلغمية الجامعة للحفرتين الانفيتين ولما كان الجـذر المذكور ينشأ من القسم الجانبي العلوي لجدار البلعوم وعلى مقربة من فوهة بوق (اوستاكيوس) لم يعد شك في ما ذكرناه آنفاً عن نشأة الفلغمون العقدي من الحفرتين الانفيتين والقطعة ما وراء الحفرتين المذكورتين من البلعوم ٠

فجميع الآفات الالتهابية والقرحية سواء أكانت عادية ام خاصة بالحفرتين الانفيتين كداء الافرنج الارثي الذي يتصف بالزكام و بضخامـة الاعضاء البلغمية والناميات نظيرة الغـدة ورداءة الجسم العامة ، وابتـلاع الرضيع

للمفرزات العفنية متى كانت مرضعته مصابة بالتهاب القنوات اللبنيـــة ، وقروح البطانة المخاطية للبلعوم كل هذا يسبب الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم، ولما كان سبب الآفةالمذكورة الأساسي الزكام الخلفي والهجمات المتتابعة للناميات نظيرة الغدةادى كل ذلك ايضاً الى وجود شبه بين هـــذه الآفة والامراض الانتانية التي تصحبهانزلة الطرق التنفسية العلوية كالنزلةالوافدة ،والحصبةوالذباح (دفتيرية) المستقرةفي المنطقة المار ذكرها ٠

وعلى الرغم من ان هذه الآفة مختصة بسن الطفولة الاولى اي ما بين الشهر الثامن عشر والسنة الثالثة من سني الطفل فانها تصيب ايضاً كل الاعمار والمسنين وهي اكثر تقيحـــات ما وراء البلعوم الجارة وقوعاً وان لضخامـــة الاعضاء البلغمية في الناميات نظيرة الغدة شأناً خاصاً في كثرة حدوثها ٠

واما الفلغمون البسيط فسببه تلقح الطبقة الخلوية ما وراء البلعوم التي تتخدش بالاجسام الغريبة كالأشواك ، والاجسام المؤنفة ، وحسك السمك ، او استخراج تلك الاجسام الغائرة في النسيج البلعومي بدون تروٍ ، والجروح الحربية ، والحروق والقروح الغذائية سواء أكانت التهابية ام عائدة الى ورم خبيث كل هذا كافٍ لنفوذ الجراثيم في النسيج الخلوي ما وراء البلعوم وتعفنه ٠

الخراجات الباردة : — تقسم الخراجات الباردة مـــا وراء البلعوم حسب منشإها نوعين : الخراجات العقدية والخراجات العظمية ٠

تصادف الخراجات العقدية في جميع الاعمار ولا سيما في الكهول والمراهقين وقلما تكون منفردة وانما يصحبها في الغالب تدرن العقد البلغمية الرقبية المتلينـــة او نواسير العنق ٠

واما الخراجات العظمية فتنشأ من نفوذ الا كموء السلية في الداء تحت القفوي أو النخرة السلية للفهقة والمحور في الطبقة الخلوية ما وراء البلعوم وتكون الخراج فيها . وهي خاصة بالطفولة الثانية كما انها قد تكون في الاعمار المختلفة حتى في الطاعنين بالسن وقد صادفتها في ولد له من العمر اربع عشرة سنة كان مصاباً بخراج بارد ما وراء البلعوم ناشيء من نخرة المحور .

العلامات المرضية : — لكل تقيح من التقيحات المذكورة حاراً كان أم بارداً اشكال سريرية تختلف باختلاف نشاط العامل الانتاني وسميته وباختلاف الاسباب ومناعة جسم المريض . غير ان لهذه الانواع علامات مشتركة تسمى (العلامات المشتركة ما وراء البلغوم) .

ولهذه العلامات حسب وصفها التشريحي ثلاثة اشكال علوي ومتوسط وسفلي ويقول (تروفرت) و (مورستن) بان الشكل العلوي خاص بالخراجات الباردة العظمية التي لم تكتسب القوس الامامية من الفهقة ازاء الخفاف ويستثنى منها ما كان بعد السنتين الرابعة والخامسة من عمر الطفل . واما الشكلان الاخيران المتوسط والسفلي فيصعب تمييز احدهما عن الآخر والشكل المتوسط هو كثير الوقوع وميال الى الانتشار نحو القسم السفلي من البلغوم . ففائدة هذا التقسيم تنحصر اذن في الوجهة الفنية ليس غير .

الشكل العلوي : — يقع الانتباج فيه على الجانبين لا على الخط المتوسط لان البلعوم والقحف والفهقة متلاصقة في تلك النقطة وله نوعان من العلامات وظيفية وطبيعية .

العلامات الوظيفية : انسداد الانف الناجم من انتباج القطعة ما وراء

البلعوم ، التنفس الفمي ، الصوت الانفي المغلق ، الشخير حين النوم ، استحالة الرضاع متى كان المصاب رضيعاً ، زوال الشخير اذا ضغط الانف . واما اختلال البلع فهو قليل الظهور .

العلامات الطبيعية : اذا نظر الى الجدار الخلفي للقطعة ما وراء الانف من البلعوم بدا في جانبي الخط المتوسط انتباج نازل حتى تحت سطح الحفاف المتقلص وقد تساعد المعاينة الخلفية للحفرتين الانفيتين اذا مكننا المريض من اجرائها على تعيين مقر ذلك البروز اما المس الاصبعي فلا يفيد فائدة تذكر ولا يمكننا من تحقق التموج في الورم وجل ما ندركه به ان تورماً ليناً كائن في جانبي الخط المتوسط من الجدار الخلفي للقطعة ما وراء البلعوم فاذا التبس الامر كان البزل واجباً .

الشكل المتوسط : — كثير الوقوع وقلما يكون منفرداً ولكنه يشترك مع الشكل العلوي وهو ميال الى الانتشار نحو القسم السفلي من الباعوم وله ايضاً كالشكل العلوي نوعان من العلامات وظيفية وطبيعية .

العلامات الوظيفية : — يتصف هذا الشكل بعسرة بلع آلية فقط فيشعر المريض في الزمن الثالث من فعل البلع بهذه الصعوبة واذا ازداد الانتباج الواقع في الجدار الخلفي من البلعوم فانعطف على قاعدة اللسان شعر المريض بوجود جسم اجنبي واعترته حركات بلع لا تنقطع ومتى انتشر الانسداد الى الطبقة العليا من البلعوم ظهرت علامات اخرى وهي انسداد الحفرتين الانفيتين ، والصوت الانفي المغلق .

العلامات الحكمية : اذا فتح فم المريض نظر في الخط المتوسط من الجدار

الخلفي للبلعوم بروز واضح شعرت الاصبع التي تمسه بالتموج · والمس الاصبعي في الاحداث والكهول متى كانوا مصابين بخراج بارد ما وراء البلعوم سهل للغاية ولكنه في الطفل يستدعي الحذر لانه يسبب نوب اختناق قد تنتهي بالموت

الشكل السفلي : — يتصف هذا الشكل بعسرة البلع والتنفس في اثناء الشهيق مع صوت صوري (cornage) ومتى اشتدت الآفة بدا السحب (tirage) ايضاً وقد تطرأ متى ازداد حجم الخراج نوب اختناق وتشنج المزمار

واما عنق المريض فيبدو فيه الغضروف الدرقي مندفعاً الى الامام و بارزاً تحت اللحف و يرى الدوران الجانبي بالشفوف · واذا مسكت الحنجرة بين السبابة والابهام وحركت حركات جانبية لم تسمع الفرقعة الحنجرية الفقرية الطبيعية وهذا دليل على ان زلة (ضيق نفس) شديدة تصيب المريض ·

وقد يصحب بعض الخراجات ولا سيما الكبيرة الحجم تعجن عميق يستقر في الميزابة الجانبية الحشوية ولا يمكننا المس الاصبعي في هذا النوع اذا لم يكن ناجماً من انتشار الشكل المتوسط من تحديد المجمع الصديدي وان معاينة الحنجرة وحدها اذا ساعدت حالة المريض على اجرائها تمكننا من تعيين الارتشاح ودرجة ضغطه لفوهة الحنجرة ·

الاشكال السريرية

الفلغمونات العقدية ما وراء البلعوم : - تظهر الفلغمونات المذكورة بأدوار ثلاثة يمتاز كل منها بعلامات خاصة هي دور الابتداء ودور الصولة ، ودور التقيح ·

دور الابتداء : — يتصف هذا الدور في الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم

بعلامات ليست سوى العلامات الخاصة بالآفات الانفية البلعومية العادية فتعتري الطفل هجمة حمى خفيفة يعقبها صراخ وتململ وتعب في اثناء النوم وشخير وبعض الصعوبة في اثناء البلع متصفة برفضه للغذاء · ومتى عوين الطفل تبين ان مادة مخاطية قيحية قليلة تسيل من انفه وان في بطانة البلعوم المخاطية احمراراً منتشراً وانها مغشاة بطلاء مخاطي قيحي يحتجب وراء الحفاف في اثناء تقلص هذا العضو بسبب صراخ الطفل او بالفعل المنعكس الذي يقع حين استعمال خافض اللسان ·

وقد يتصف هذا الدور ايضاً في الاطفال متى تقدموا في العمر على رأي (مرسيه) و (تروفرت) بعلامات الزكام الخلفي وهي : الصداعان الصدغي والخشائي ثم الصداع القفوي · فيتبين من ذلك انه ما من مميزات تذكر تميز هذا الدور بل اذا ظلت الافة سائرة سيرها وانتبجت العقد البلغمية ظهر المشهد السريري حينئذٍ واضحاً كل الوضوح ·

دور الصولة : يتصف الدور المذكور سريرياً باجتماع علامات الشكلين المتوسط والعلوي المار ذكرهما والعلامات العامة العائدة الى شدة سمية الآفة · والحقيقة انه لو فتح فم الرضيع ودقق فيه شوهد ان الفلغمون العقدي يظهر ما وراء البلعوم بشكل خاص اولاً في تجويف الفم ثم تنعكس العلامات الالتهابية حول العقد الى فوق نحو الطابق العلوي من البلعوم ·

فتصيب الطفل حينئذٍ عسرة بلع موءلمة ويكون منظره موءثراً يدعو الى الشفقة والحنان فانه يلتقم الثدي اولاً لان الجوع يعضه بنابه فيمتص منه قليلاً ويجرب ان يبتلع اللبن الذي امتصه فلا يقوى على ابتلاعه فيترك الثدي ويلقي

رأسه الى الوراء صارخاً معولاً .

ثم يزداد الشخير الذي اعترى الطفل في الأدوار الابتدائية ويبدأ النفس الفمي بالظهور فيظل فم الطفل مفتوحاً ومن صفات هذا الشخير انه يزول متى ضغط المنخران ويتحول لحن الصوت الى لحن انفي مغلق وقد شبهه (دويارق) و (لابريق) بالبطبطة (صوت البط) ويتصل بهذه العلامات بضع علامات اخرى دالة على وجود الألم في البؤرة المرضيــة وهي تقلصات الوجه تقلصاً مؤلمــاً وتقلص العنق الذي قد يظهر تارة كأنه اجل حقيقي .

لا يبدي لنا الفحص على النواحي المجاورة للبؤرة المرضية في هذا الدور علامة ما الا انعكاس الآفة على عقد العنق البلغمية التي تضخم في بعض الحالات بل يشاهد في الجدار الخلفي من البلعوم انتبــاج يستره غشاء مخاطي احمر اللون مطلي جاف لان الطفل يتنفس بفمه فقط وهذا الانتباج عجيني اللمس قليــل المقاومة وذمي لا يقع على الخط المتوسط تمام الوقوع بل يميــل الى النصف الموافق لمجموعة العقد المصابة من جدار البلعوم . ويندر مع هذا كله ان ينجلي هذا الدور لعين الطبيب المستقصي انجلاءً واضحاً لان العلامات المرضية تشتد بعد اربع وعشرين او ثماني واربعين ساعة فترتفع الحمى حتى (٤٠°) مئويــة ويصغر النبض ويصبح لون الوجه رصاصياً ويضعف الجسم بسرعة الامر الدال على تكون الخراج ما وراء البلعوم .

دور التقيح : تشتد في هذا الدور العلامات الوظيفيــة فلا يعود الطفل قادراً على الرضاعة والبلع بل يبقى اللبن الذي امتصه في فمه ثم يستنشقه فــي اثناء الشهيق الذي يعقب صراخه فيصاب بالسعال النوبي الانعكاسي الذي قد

يصحبه التشنج المشؤوم و يفضي هذا كله ايضاً الى الخواء ·

وعدا هذا تنتشر الآفة الى القسم السفلي من البلعوم فتظهر زلة حنجرية وصوت صوري وسحب · وقد تصحب هذه العلامات نوب اختناقيـة وتشنج المزمار الوخيمة التي تسوق الرضيع الى الموت · واما العلامات الطبيعية فهي خسوف الوجه التسممي والازرقاق الناجم من قصور التنفس وتصلب أوردة العنق وتزداد في هذا الدور ايضاً اقطار العنق و يبرز الغضروف الدرقي من الحنجرة و ينجم من التضييق الذي يقع ازاء هذا الغضروف عسرة في النفس وألم فيه وأهم علامة يتصف بها هذا المرض هي التموج الذي يشعر به الطبيب المستقصي بالمس الاصبعي فيدعوه الى التوسط الجراحي وافراغ الصديد ·

وان افراغ الخراج من الصديـد يشفي الرضيع شفاءً عاجلاً بعـد زهاء (٤٨) ساعة فيكون كمن يبعث من الموت · واما ترك الخراج وشأنه فيفضي الى نتائج وخيمة وما النهايـة الحسنة التي رويت في بعض الحالات الا نادرة لان انبثاق الخراج من تلقاء نفسه يسبب عوارض الاختناق الفجـائي تارة وطوراً النكس المهلك ·

وصفوة القول ان خراجات ما وراء البلعوم تنتهي دائماً انتهاءً لا يحمل على الرضى فهي اما ان تؤدي الى الاختناق التدريجي والدنف وتقود الرضيـع الى الهلاك او ان تحدث بعض العراقيل المميتة كتشنج المزمار والتهاب الشعب والرئة والتهاب المنصف القيحي والتهاب الغشاء المستبطن القيحي المسبب من انتشار الصديد بطريق الطبقة الخلوية الواقعة وراء المريء وربما افضت هذه الآفـة الى احداث بعض التغير في اوعية العنق الكبيرة كالقروح التي تتلوها انزفة فجائية

مميتة . وذكر (تروفرت) عن(برواردل) ان الموت الفجائي بالنهي العصبي الناجم من تخرش الليفات الحسية للبطانة الحنجرية والبلعومية ممكن الوقوع حتى متى كانت الخراجات صغيرة الحجم ولكن (تروفرت) لم يعبأ بهذه النظرية كثيراً لانها تحتاج الى بحث وتدقيق .

وللفلغمون العقدي ما وراء البلعوم اشكال اخرى كالشكل الغنغريني والشكل الخفي التابعين لشدة سمية العامل الانتاني كالمكورات العقدية واللاهوائية واما الشكل الساقط فهو عبارة عن الشكل الذي ينتهي بالانحلال لا بالتقيح .

الفلغمونات خلف البلعوم : تتميز الفلغمونات المذكورة باسبابها وبكونها تتسع اتساعاً آنياً اكثر مما تظهر بتظاهرات التهابية وتتبع بنموها وانذارها ايضاً شدة تأثير العامل المسبب ويزداد انذارها وخامة كلما اتسعت الآفة

ليس في هذا النوع شكل علوي واذا وجد فيكون منفرداً واما الشكلان الاخيران المتوسط والسفلي فيجتمعان معاً .

الانذار : اذا أفرغ الخراج في حينه كان منه الشفاء في الغالب لان ترك الخراجات وشأنها أشد وخامة من معالجتها فقد اثبت تروفرت بالاحصاآت ان معدل الوفيات في الخراجات التي تعالج (١٥ — ٢٠) بالمائة وانه في الخراجات المهملة او المجهولة (٩٥) بالمائة .

الخراجات ما وراء البلعوم الباردة : تظهر الخراجات الباردة ما وراء البلعوم عقدية كانت ام عظمية باشكال مختلفة نظراً الى علامات خلف البلعوم المشتركة ولكن هذه العلامات المشتركة اكثر وضوحاً في النوع العقدي منه في العظمي

لان الآلام العصبية تحت القحف وتصلب العنق التي تشاهد في اثناء تكون داء (بوت) تحت القفا تتقدم الخراجات العظمية المنشإ ويجلو الامر في بعض الحالات الغامضة استجواب المريض والتدقيق في احواله السابقة فتكشف بعض امارات ترشد الى وضع التشخيص ونقص حركات العنق او زوالها وحدوث الألم حين الضغط بالاصبع ازاء الارتكاز القحفي للرباط الرقبي الكبير وأشعة رونتجن كل هذا يسهل تشخيص داء بوت . وقد يطرأ على الخراجات الباردة بعد انفتاحها او بزلها تعفن حاد لدخول بعض الجراثيم القيحية واشتراكها مع عصية كوخ فتنقلب الخراجة الباردة الى خراجة حارة وتضاف الى اعراضها الاعراض العامة الخاصة بالخراجات الحارة ولكن هذه الاعراض تبقى خفيفة

(للبحث صلة)



كسور الكعبين (١)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريض المضطجع في السرير العاشر من قاعة ابن القف قد أُجريت عمليته على مرأى منكم لانكسار عنق قدمه . فقد انهار حائط عليه منذ عشرين يوماً ودخل مستشفانا وهو مصاب : ١ً — بكسر معرّض في جسمي الظنبوب والشظية الايمنين نضرب صفحاً عنه لانه ليس موضوع بحثنا في هذه المحاضرة ٢ً — بكسر معترض في الكعب الانسي الايسر محدثاً بعض الانفراق بين الكعبين وكسراً عالياً في الشظية .

وكانت قدمه كما يقع في حالات كهذه صنفاء «valgus» منحرفة ومدارة الى الوحشي ومنخلعة الى الوراء وكان رد هذا الكسر صعباً (وليس في صعوبة الرد ما يعجب وقد مرّ على وقوع الكسر عشرون يوماً) وضبطه بعد رده أصعب .

ويدخل هذا الكسر في زمرة كسور الكعبين التي تستدعي التوسط الجراحي وقد اجريناه وفقاً للطريقة التي وصفناها لكم منذ هنيهة . وثبتنا العضو بعدئذ في جهاز دالبه الجبسي منتظرين الالتئام .

واننا الآن نغتنم هذه الفرصة لنحادثكم عما يترتب عليكم ان تحفظوه في ممارستكم عن « الكسور الكعبية» التي نشاهد منها عدداً عديداً تتفاوت درجات شدتها .

يقال لكم في التشريح : ان المفصل الظنبوبي الرسغي فرضة (mortaise)

---

(١) محاضرة القيت على الطلبة في ٢٥ تشرين الاول سنة ١٩٢٧

وان عظم الكعب هو القسم الداخل فيها والفرضة في عرف النجارة ثلمة مربعة او قائمة الزوايا لها جدار علوي وجداران جانبيان وجدار امامي وجدار خلفي . فالجدار العلوي في المفصل الذي نتكلم عنه موءلف من الوجه السفلي لنهاية الظنبوب والجداران الجانبيان من الكعبين الانسي (الظنبوبي) والوحشي (الشظوي) واما الجداران الامامي والخلفي فهما موءلفان من التفلطح المقعر الذي تتفلطحه نهاية الظنبوب في الامام والوراء وهو في الخلف اكثف منه في الامام . وهذا ما يحدد في الوراء والامام حركات عظم الكعب ويمنع انخلاعه ويكون بمثابة كعبين احدهما امامي والآخر خلفي وهو أهم كثيراً من الامامي وقد سمي بهذا الاسم منذ اعمال داستو (Destot) . وكل كعب من هذه الكعوب الاربعة ينكسر بالرضوض المتنوعة التي تقع عليه على انفراد او مصحوباً بآفات اخرى اكثر تساعاً وهذا ما يدعونا الى تمييز :

كسور الكعب الوحشي	كسور الكعب الانسي
« « الخلفي	« « الامامي

وكل كسر من هذه الكسور قد يصحبه كسر آخر او كسران فيتألف من هذا الاجتماع كسور اشهرها كسور ديبتران وكسور الكعبين صحبتها ام لم تصحبها كسور الحافتين الامامية والخلفية .

وقد بينت الاشعة تنوعات هذه الكسور العديدة واما آليتها فتعرفونها من الوصف الذي اثبته الموءلفون القدماء كديبتران ومازوناف وتيو" غير ان قدم الشخص التي تعلق بحفرة وهو يركض فتكسر لا يشابه كسرها كسر قدم جثة هامدة فتلت بعد تثبيتها في ملزم (étau) كما كان يحدث هوءلاء الموءلفون

هذه الكسور ولا بد من التفاوت بين كسر يقع اثر زلة قدم او سقوط من سلم تكون العضلات قد تقلصت في اثنائه وبين الافات التي تحدث في ظنبوب معرى ضغط وفقاً لاتجاه معين حتى انكسر · وانه ليصعب على الجريح الذي أُصيب بهذا الكسر ان يصف الاوضاع التي مرَّ بها حين السقوط واذا ألححنا عليه اجاب كما نريد ان يجيب لا كما هي الحقيقة وبعد معرفة ما تقدم يجب ان تميز ١ً — الكسور التي لا يصحبها تبدل في القدم ٢ً — الكسور المصحوبة بتبدل

__الكسور غير المصحوبة بتبدل__ : تشابه اعراضها اعراض الوثي (entorse) ويعود الفضل الى الرسم الذي كشف هذه الكسور في جميع الحالات التي لم تكن الا وثياً في عرف القدماء

١ً — كسور الشظية الواقعة في السنتمترات السبعة او الثمانية السفلى منذ قمة ميزابة الشظويات حتى رأس الكعب ·

وبعض هذه الكسور يقع عالياً فلا يصيب الكعب غير ان المؤلفين لا يزالون يذكرونه في هذه الزمرة وهو في الغالب مائل من العالي الى الاسفل ومن الوراء الى الامام وقد يكون ناقصاً ولا يظهر الا في الرسوم الجانبية ·

وبعضها يقع في الاسفل ويكون تاماً او ناقصاً وهو مائل بعض الميل او معترض ويصيب الكعب فهو اذن كسور كعبية حقيقية ·

٢ً — كسور الظنبوب : نادرة تصيب الكعب ودائرة المشاشة فتشقهما وتقتلعهما وتكسرهما ومنها كسور الكعب الانسي والكسور الاسفينية الشكل المتنوعة الاتساع الواقعة في الكعب الخلفي واقتلاعات الحافة الامامية المتفاوتة الاهمية ·

٣ً — كسور عظمي الساق : تنحصر الآفة في الكعب الانسي اما كسر

الشظية فيختلف مقره كما في كسور هذا العظم وحده وخط الكسر قد يكون شديد الميل وواقعاً فوق الكعب او يكاد يكون معترضاً وواقعاً في الكعب نفسه وان انكسار الكعبين معاً عند قاعدتيهما يسمى الكسر الكعبي المزدوج الحقيقي

قلما تشخص هذه الكسور المزدوجة التي لا تبدل فيها لانه يجب توصلاً الى التشخيص ان يكون مع الألم المستقر في نقطة معينة مناسبة لخط الكسر تبدل في شكل المفصل سببه الانصباب الدموي وان الدم المنصب في المفصل برهان واضح على خط كسر واقع في المفصل فيجب ان يفتش عن خط الكسر هذا بالضغط أو برأس قلم كما كان يفعل الاستاذ مينيون فيستدل بسير الالم على خط الكسر ويسهل حينئذٍ رسمه على ورقة ويثبت الرسم الكهربي بعدئذٍ او ينفي ما رسم . غير ان هذا الألم الحاد يزول بسرعة بعد ٣ — ٥ ايام ويفقد دلالته

فما هو انذار هذه الكسور يا ترى ؟ ان بعض المصابين يشفون بعد ١٥ - ٢٠ يوماً وبعضهم يبقى اكثر من ذلك ريثما يستعيد وظيفة مفصله والبعض الآخر يبقى طول حياته وفي مفصله بعض الصلابة والألم . تتنوع اذاً الحالات بالنسبة الى الاشخاص . وان ما يعيد انذار هذه الكسور وخيماً هو تبدل السطوح الغضروفية او قصور الدشبذ عن التكون او التهاب المفصل الجاف الذي يعقب انصباب الدم في المفصل او الضمور العضلي . فيجب اذاً ان يحترس في لفظ الانذار متى وقع الكسر في الكعبين او في حوافي مشاشة الظنبوب .

اما المعالجة فتقوم بالراحة والتضميدات الحارة مدة ٣—٤ ايام تخفيفاً للألم ثم بلف الرجل بالقطن والحمامات والتحريك الفاعل الذي يجب ايقافه متى ظهر الألم . ولا يجوز التمسيد الذي يؤدي الى تكون زوائد عظمية مؤلمة لان الحركات

الفاعلة تقوم مقام التمسيد

وبعد مضي ٢١ — ٣٠ يوماً يسمح للمريض بالمشي ويستحسن في بعض الحالات ان يثبت بجهاز دالبه مدة ١٥ يوماً تحاشياً للتبدلات الثنائية وتكون الدشابذ المؤلمة ·

الكسور المصحوبة بتبدل : يظل المريض فيها مقعداً اذا ترك وشأنه ووخامة الآفة سببها تشوش الموازنة الناجم من تبدل القدم على محور الساق ولكن قبل ان تتجاوز هذه النقطة يترتب علينا ان نبين اهميتها لان هذا التشوش قد يقع في الوثي ايضاً الذي يظهر سليماً في بدئه ووخيماً في نتائجه وهذا التبدل هو انفراق (diastasis) الكعبين ومعناه اتساع الفرضة بسبب استرخاء الربط الظنبوبية الشظوية او انقطاعها ويجب ان نعلم كيف نتحرى انقطاع الربط هذه المؤهل لتقلقل عظم الكعب في المريض وكيف نكشفه في الرسم ·

ان الالم حين ضغط الربط يدلنا من الوجهة السريرية على ان هذه الربط قد شدّت او تمزقت فيجب اذن ان نتحرى تحرياً دقيقاً توسع الفرضة المفصلية

فاذا رسم المفصل من الامام وكان الانفراق موجوداً غطى ظل حدبة الظنبوب الامامية ظل الشظية اقل مما يغطيه في الحالة الطبيعية او لم يغطه مطلقاً · فيستنتج من هذا ان الفسحة الواقعة بين الحدبة الخلفية والشظية اوسع مما هي عليه في الجهة السليمة · وينقلب عظم الكعب ويمحو امحاءً كاملا او بعض الامحاء الفسحة النيرة غير المنتظمة الواقعة بين الظنبوب وعظم الكعب ·

هذا ما يقال في تشخيص الانفراق اما تقلقل عظم الكعب فيتحرى بأخذ قسم الساق السفلي باليد اليسرى بينا اليد اليمنى تثبت الرسغ الخلفي فاذا ما حركت الساق الى الوحشي وعظم الكعب الى الانسي او أجريت حركة

معاكسة لهذه يشعر بصدمة جافة وما ذلك الا لان وجيه عظم الكعب قد اصطدم بوجيه الكعب (malléole) وان تحقق هذا التقلقل يدعونا الى الاحتفاظ بالانذار الذي قد يكون وخيماً · غير ان هذا العرض لا يبدو واضحاً الا متى زال التقفع (contracture) المصاحب للحالة الحادة في الايام الاولى ·

وان الرض الذي يفرق السطوح العظمية و يوسع الفرضة هو اوخم كل الرضوض عاقبة ·

يضيع عظم الكعب ثباته و يتقلقل بين الكعبين و ينقلب و يحرف القدم الى احدى حافتيها · واذا كان الانفراق اقل وكان تقلقل عظم الكعب أخف افضى الجهاد العضلي الذي لا بدّ منه حين المشي لتثبيت القدم وحفظ موازنتها لى التعب السريع ·

و بعد ان جئنا على ذكر هذا العرض الخطر الذي يترتب علينا ان نتحراه في جميع رضوض عنق القدم نعود الى الكسور المصحوبة بالتبدل ·

قد يكون الكسر في كعب واحد او كعبين او ثلاثة كعوب و يختلط بانفراق كما في كسري ديبتران ومازوناف فيقع التبدل حينئذٍ الى الوحشي أو الانسي أو الخلف أو الامام حسب اتجاه العامل الذي افضى الى كسر جدار المفصل و يقع التبدل الوحشي اكثر من سواه و يكون الكسر في الحالات البسيطة عند النهاية السفلى للشظية فتميل القدم الى الوحشي دون ان يدور عظم الكعب على محوره و كلما ازدادت شدة العامل الكاسر اضيف الى كسر الشظية او الكعب الانسي او الكعبين معاً انفراق العظمين فينقلب وجه عظم الكعب العلوي الى الانسي وتعترض زاويته الانسية بين الظنبوب والشظية فيتكون فَحج (valgus) في القدم متفاوت الشدة وقد يشترك التبدل الى الوراء بالتبدلات

الآنفة الذكر ويتضح هبوط القدم جيداً متى كسر الكعب الخلفي او متى وقع كسر اسفيني كما كانت الحالة في مريضنا فان قطعة الكسر كانت مؤلفة من الكعبين الانسي والخلفي وجسم العظم فتكونت ثلمة مرّ بها عظم الكعب الى الوراء وان انخلاع القدم الناجم منها قد يصعب جداً ضبطه بعد رده

اما تبدل القدم الى الانسي فنادر . وأندر من هذا انخلاع عظم الكعب الى الامام متى كانت القطعة الامامية المنفصلة جسيمة . فان ضبط القدم بعد الرد صعب للغاية غير ان القطع في جميع انواع هذه الكسور صغيرة في الغالب وتندمل اندمالا معيباً وتسبب نمواً زائداً في العظم يعوق العطف

ان جميع ما قلناه عن الكسور التي لا يصحبها تبدل وعن مستقبل الجرحى المصابين بها ينطبق تمام الانطباق على الكسور المصحوبة بتبدل لا بل انذار هذه الكسور اشد وخامة من تلك ويجب الا نتسرع في لفظه . ولا سيما متى صحب كسور الكعبين كسر في سقف طبق الظنبوب

فما هي المعالجة يا ترى ؟

يترتب عليكم ان تردوا الكسر المصحوب بتبدل مهما كان تبدله خفيفاً ويتسنى لكم ذلك بتحريك القدم حركة معاكسة للطريق الذي اختطته لبلوغ حالتها الحاضرة . ويجب ان يسرع في الرد ما امكن بعد وقوع الكسر مباشرة وقبل زوال الوذمة . لان الرد يسهل كلما بكر في اجرائه . تبدأون اولاً بجذف التقفع العضلي الذي يزعجكم بالتخدير وخير طرقه التخدير القطني لان القطع العظمية في سياق التخدير العام بالاستنشاق قد تثقب الجلد متى جاء زمن التنبه السابق لزمن الاسترخاء . واذا خدرتم المريض تخديراً

عاماً يجب ان يمتد زمن التخدير حتى انجاز الجهاز الجبسي ·

ومتى استرخت العضلات تردون القدم الى وضعها الصحيح وتتحققون انها قد ردت حسناً ومتى كان الكسر مفرداً سهل الامر لان المعالجة تقوم باصلاح الفحج (valgus) متى كان الانفراق(diastasis) موجوداً وبوضع جهاز جبسي عشرين يوماً · ويفضل البعض الميزابة الجبسية ويبدلونها بعد ١٥ يوماً بجهاز دالبه · ويستحسن البعض الاخر وضع دالبه منذ البدء وكل هذا عائد الى حالة الكسر · ويشير سافارين بابلاغ التقويم ابعد من حده الطبيعي كل مدة التثبيت

واما متى كان الكسر مشتركاً بكسور اخرى وكانت القدم هابطة الى الوراء والانفراق موجوداً وهذا ما يقع في الغالب فتؤخذ القدم بيد وتجعل زاوية قائمة ثم يشد العقب كما في نزع الحذاء من الرجل فتصلح هذه الحركة التي يشير بها دستو (Destot) الخلع الخلفي · ثم تجعل القدم في حالة روح (varus) مبالغ فيه إصلاحاً للفحج وتعطف القدم عطفاً عنيفاً «الى الامام» على الساق ابقاءً للرد اذا قضت الضرورة بذلك ·

وبعد ان نتحقق ان الكسر قد رد يوضع جهاز جبسي وبينا ننتظر جفاف الجبس تشد احدى يدينا العقب الى الامام وتضغط راحة يدنا مشاشة الظنبوب السفلى الى الوراء معاكسة للحركة الاولى · وتقرب راحتا اليدين الكعبين احدهما من الاخر ملافاة للخشكريشة واصلاحاً للانفراق لكي يعود الملقط الكعبي الى مقاييسه الطبيعية · ولا تترك القدم ولاسيما العقب قبل ان يجف الجبس ويصلب صلابة كافية · وتكفي هذه الواسطة في الغالب لرد الكسر رداً حسناً وضبطه نراقب هذا التقويم بالرسم الكهربي ت متعددة في الايام المقبلة ويبدل

الجبس متى خفت الوذمة واتسع الجهاز والحد الاقصى للشفاء ٦ — ٧ اسابيع .

اما الرسم الامامي الخلفي فنستنتج منه ان الفحج قد اصلح متى كان الخلاء النير بين الظنبوب وعظم الكعب منتظماً وان الانفراق قد زال متى كان المفصل الظنبوبي الشظوي سليماً

واما الرسم الجانبي فيبين لنا تبدل عظم الكعب الى الوراء واذا لم يكن الرد حسناً وجب ان يعاد العمل واذا خاب الرد ثانية كان التوسط الجراحي واجباً وهو يقوم: بتأليف عظم (ostéosynthèse) الشظية متى كان كسرها عالياً (احاطتها بشريطة معدنية او وضع صحيفتين معدنيتين واحاطتهما بشريطتين) واما متى كان الكسر واطياً او الانفراق مستمراً فيفضل ضبط قطع العظم بالبراغي او تسميرها .

يضبط الكعب الانسي بالبرغي او يسمر متى وقع الكسر فيه ويضبط الكعبان بالبراغي او يسمران ايضاً متى وقع الكسر فيهما

وتنزع الشظايا الصغيرة متى وقع الكسر في الكعب الامامي او تضبط بالبرغي متى كانت القطعة كبيرة .

و يضبط الكعب الوحشي بالبرغي ايضا متى لم يكن سبيل الى ضبط الرد بالعطف العنيف الى الامام وهذا ما اجريناه لمريضنا .

لقد كان بامكاننا ان نعيد القطعة الخلفية الى مكانها بتأثيرنا في الكعب الانسي المنكسر مباشرة غير ان اثر السحجة التي رأيناها على الجلد دعتنا الى ترك هذه الطريقة وان الوصول الى القطعة الخلفية يتيسر لنا بطرق عديدة منها طريقة بيكو الذي يقطع الدابرة (وتراخيلوس) او طريقة الغلاف الذي ينشر العقب ويرفع ارتكاز الدابرة وبعد ضبط القطعة الخلفية المنكسرة يعود الى ضبط قطعة العقب

الذي نشره ايضا ببرغي · غير ان الخشكريشة الواقعة في اخمص القدم منعتنا عن اختيار هاتين الطريقتين · فلم يبقَ لنا سوى طريقة غاتليه شاستنج الذي يمر من الوحشي وهي الطريقة التي اجريناها فقد شققنا الجلد خلف الحافـة الوحشية للشظية وشققنا غمد العضلات الشظوية وحررنا الاوتار ودفعناها الى امام الشظية وبسطنا القدم بسطا عنيفا · وبعد ان جردنا الوجه الخلفي للظنبوب دفعنا الدابرة الى الخلف واوتار العضلات الخلفية العميقة · فظهرت القطعة الخلفيـة فحررناها ورددناها وضبطناها ببرغي خرقها ودخل المشاشة · ان هذه الطريقة لا تبدو بها ساحة العملية واضحة كما يجب · فضلا عن ان ردالقطعةالخلفية التي بدأ دشبذها بالتكون كان شديد الصعوبة ولم يرضنا الرضاء التام · وعلى الرغم من هـذا كله فان موازنة القدم قد ثبتت ثبوتا حسنا واننا نؤمل ان النتيجة الوظيفية ستكون حسنة ايضا اذا لم تطرأ طوارىء غير منتظرة ولو كانت النتيجة التشريحية ليست تامة كما لو كان الشخص قد أُتي به وكسره لا يزال حديثا ·

وقبل ان انهي كلامي معكم لا بد لي من كلمة وهي انه متى جاء الشخص بعد اندمال عظمه اندمالاً تاماً وتكوّن دشبذه العظمي كان كسر العظم جائزاً ويكسر العظم في مكان الكسر القديم وترد القطعـة رداً حسناً ما امكن وتضبط ببراغي

وفي حالات اخرى اسوأ من هذه يلجأ الى استئصال عظم الكعب كما ان من الحالات ما يستدعي البتر ·

هذه هي المعلومات التي يترتب عليكم معرفتها عن كسور الكعبين ·

اربع وعشرون حادثة كسر بمرامٍ نارية في الفكين

للحكيم غوستاف جينتساي احد اساتذة شعبة طب الاسنان
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قيض لنا ونحن في دمشق سنة ١٩٢٦ اذ كنا في المستشفى العسكري معاوناً لجراحه ومتولياً لشعبة طب الاسنان فيه ان نرى جميع جرحى جبل الدروز ونواحي دمشق وقد عالجنا في تلك الاثناء معالجة اولى ٢٤ حادثة كسر في الفكين منها ١٧ في الفك السفلي و٥ في الفك العلوي و٢ في الفكين معاً ·
وان الحركات العسكرية التي قامت بها جنودنا في تلك السنة كانت شديدة الاتساع لم نقم بمثلها منذ الاحتلال ولا سيما بعد حروب سيليسيا · وكان جيشنا قبلها قليل العدد وكانت المعدات الصحية قليلة ايضاً ولا سيما في دمشق التي لم تشهد حربا بعد سفر الامير فيصل فان حاميتها كانت قليلة وشعبة طب الاسنان فيها لم تكن سوى غرفة صغيرة فيها من المعدات والادوات ما يكفي لمعالجة الامور الابتدائية · كانت حالتنا كذلك في اواخر سنة ١٩١٥ حينما نشبت الثورة ودعينا الى معالجة كسور الفكين التي يدور عليها بحثنا الان

ولهذا اضطررنا ان نوجد ما كان ايجاده متيسراً لنسعف به جرحانا الاسعاف الاول ونبعث بهم بعد ذلك الى بيروت (الى شعبة الطبيب الماجور فالكس جينستاي) او الى فرنسة او ان تعمل على معالجتهم حتى النهاية متى كانوا من السوريين الذين لا يرغبون في ترك بلادهم ·

انا سنورد اولاً المشاهدات مفصلة ومرتبة انواعا ثم نستنتج منها النتائج

من الوجهتين العلمية والعسكرية لان الشفاء والاقعاد امران لا يجب ان يغربا عن ناظرنا ابداً .

المشاهدات : استشفى الجرحى الذين يدور بحثنا عليهم في شعبة الجراحة التي كان يديرها اولا الحكيم الماجور بوترو روسل فالحكيم الاستاذ لومركل فالحكيم الماجور ميشيل وقد حقنوا جميعهم بالمصل المضاد للكزاز

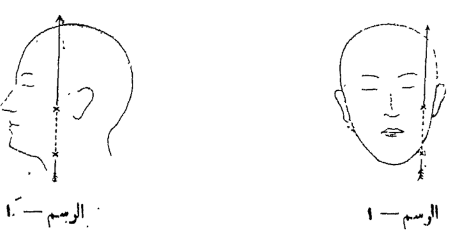
ا — كسور الفك السفلي

ا — الكسور التامة

المشاهدة الاولى : المدعو ب . عريف من فرقة الرماة العشرين استدعي للخدمة فحاول الانتحار واطلق عياراً نارياً على نفسه في ٢٠ آب سنة ١٩٢٦ ودخل المستشفى في ٢٣ منه .

التشخيص كسر الفك السفلي برمي لوبل (Lebel) فوهة الدخول في الناحية تحت الفك اليسرى في منتصف المسافة الواقعة بين الذقن والزاوية وفوهة الخروج في الخد الايسر .

انحراف الذقن الى اليسار ، تشوه الانطباق ، انفتاح الفم المشبه لفم «مرتل القرية» انتباج كبير في الناحية ، كسر السن السادسة (الرحى الاولى) اليسرى السفلى



الرسم — ١ الرسم — ١َ

الرسم الكهربي في ٢٤ آب سنة ١٩٢٦ اظهر كسراً متسعاً مشظىً في الشعبة الافقية اليسرى حذاء الاسنان الرابعة والخامسة والسادسة اليسرى (الضاحكين والرحى الاولى)

وكانت قطعة الدردرية [1] في مكانها غير ان القسم المتوسط كان مخرباً ومشظى وكانت حافة العظم السفلى منفصلة على بعد ٣ سنتمترات ·

المعالجة : أ — تنظيف الفم

ب — اخراج السن الرابعة اليمنى العليا (الضاحك الاول) لاجل التغذية

ج — ربط الفكين احدهما بالاخر ·

غسل الفم بمحلول دكان المخفف، وضع انبوب مطاط للغسل بالماء المغلى او الماء المحمض وتنظيف الفم ·

مس مكان الربط بمحلول زرقة المتلين المئوي، تغذية المريض بمواد سائلة: مرق، حليب مضاف اليهما بيض ني، عصير اللحم ومسحوق فاريه ·

١٠ تشرين الاول ١٩٢٦ــ فتح فم المريض، الاندمال ناقص، اغلق ثانية احتياطاً ·

٢٢ تشرين الاول ١٩٢٦ــ فتح الفم فتحاً نهائياً ، رسم الفك فتبين أن الشظايا المجتمعة وان القطع حتى المتباعدة منها قد اندملت وتألفت بعامل التعظم(ossification) وان الفراغ ملئ او كاد ·

٢٥ تشرين الثاني ١٩٢٦ ــ استخراج الرحى الاولى اليسرى المتقلقلة والمنكسرة ·

٢٩ تشرين الثاني ١٩٢٦ــ ارسل الى فرنسة نظراً للبواعث التي حملته على الانتحار

المشاهدة الثانية: ش · احد قواد الخيالة، شركسي عمره ٣٥ سنة (؟)

جرح في ٣ كانون الاول سنة ١٩٢٥ برم ناري

دخل المستشفى في ٥ منه

التشخيص — كسر الفك السفلي بين الثنيتين الاولاوين اليسرى: اليمنى برم ناري فوهة دخوله حذاء الحفرة فوق الذقن وليس له فوهة خروج

تراكب خفيف وتحرك القطعتين انطباق غير طبيعي عجز الفك عن الوظيفة

---

(١) الدُردُر ترجمة (alvéole) وهو اصح من السنخ على ما نرى جاء في المخصص : الدردر او الدردور مغرز الاسنان في العظم والسنوخ واحدها السنخ هي اصول الاسنان الغائبة في اللثة» فالدردر أوفى بمعنى الكلمة الفرنسية ·

وسم فاظهر الرسم ان المرمي الذي قد تبدل شكله كائن في الناحية السبـاتية السفلى اليمنى

المعالجة — ٤ كانون الاول تخـدير عام بالكلوروفرم ، شق خلف القصبة الترقوية الخشائيـة اليمنى . استخراج المرمي ، تخفيض (drainage) خيطي ، خياطة .

الرسم ـ ٢

٥ كانون الاول — نقل الجريح الى شعبة طب الاسنان حيث ربطت اسنانه بعضها ببعض وثبتت القطعتان .

غسل الفم مرتين في اليوم بمحلول فوق منغناة البوتاس ١—٢٠٠٠ اعطاء المريض انبوبا مطاطاً ومحلول دكان لغسل فمه

تغذيته بالسوائل .

٦ منه ـ اخذ انطباع اسنانه في العالي والاسفل (قسمين في الاسفل) .

٩ منه — استخراج الثنيتين اليمنى واليسرى السفليتين الكائنتين في مركز الكسر لانهما متقلقلتان

تركيب ميزابة فضة مصبوبة على الفك السفلي

٣١ منه ـ استخراج شظية صغيرة بدت تحت الميزابة حذاء جرح الغشاء المخاطي

٥ كانون الثاني ٩٢٦ — شق خراج صغير تحت الذقن واستخراج شظية صغيرة .

٣٠ منه — نزعت الميزابة فعرف ان الاندمال لم يتم فركنت ثانية .

٢٧ شباط — الاندمال لا يزال ناقصاً ، ارسل المريض للنقه . فلم نره الا في شهر ايار وقد شفي شفاء تاماً وابدل ميزابته بجسر صنعه له احد اطباء الاسنان السوريين في حلب

١١ تموز — عاد الى دمشق مجروحاً في فخذه برمي ناري ولم يعد كسر فكه مقطوراً

المشاهدة الثالثة — ماتزروس .... شركسي عمره ٢٨ سنة جرح في ١٢ شباط سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في اليوم نفسه

التشخيص : ١ — كسر مشظى في الفك السفلي الشعبة اليمنى

٢ — جرح في الكتف اليمنى وانكسار في القبة الاخرمية الترقوية برم دخل حذاء الشفة العليا وخرج في القسم المتوسط من الفك السفلي الشعبة اليمنى ودخل ثانية حذاء الكتف . كسر الثنية والرباعية اليمناوين في الفك العلوي ، ثقبا الدخول والخروج في الوجه نقطيان كسر الفك السفلي بين الثنية والرباعية اليمناوين مصحوب بتخرب العظم و كسر الناب والضاحك الاول السفليين عند العنيق ، اتصال الكسر بالفم والجلد ، تبدل كبير في الناحية ، انحراف الذقن نحو اليمين ، عجز الفك عن الوظيفة

المعالجة — ١٢ منه — استخراج الشظايا بعد التخدير العام بالكلوروفرم ، دك الجرح حذاء فوهة الخروج ، تنضير جرح الكتف وخياطته .

١٥ منه — نقل الجريح الى شعبة الاسنان لتقريب الفكين واطباق احدهما على الاخر أملاً بجعل القطعة الكبيرة في وضعة حسنة .

غسل الفم بمحلول دكان مخفف وفوق منغناة البوتاس ١—٢٠٠٠

٢٠ منه — وضع قوس موقتة مع خاتم على الرحى الثانية اليمنى والرحى الاولى اليسرى السفليتين

١٦ نيسان — شق خراجة تحت الفك

٢٤ منه — وضع ميزابة فضة مسبوكة وجسر فوق مركز الكسر مستندة في اليمين على الرحى الثانية اليمنى وفي اليسار على الثنية والرباعية والناب والضاحكين والرحى الاولى

٢٣ حزيران — نزعت الميزابة فكان الاندمال ناقصاً .

١٥ تموز — شق مجمع قيحي صغير في ناحية تحت الذقن .

٣ آب — نزعت الميزابة ثانية فلم يكن الاندمال قد تمّ .

فاستدل ان هناك مفصلاً كاذباً .

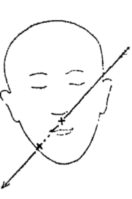
رسم الناحية في ٢٠ شباط كان قد اظهر في مركز الكسر شظايا بقيت بعد العملية التي استؤصلت بها الشظايا . وقد ترك الجراح شظية كبيرة عند الحافة السفلى للعظم .

ورسم اخر أظهر تعضي المركز وزوال الشظايا الحرة التي كانت قد رؤيت في الرسم الاول والتحام الشظية السفلى بالقطعة الامامية .

ورسم ثالث في ٣ آب اظهر ازديادهذا الالتحام وانفصال القطعة الخلفية عن الامامية

لان بين القطعتين خلاءً خطياً واضحاً

١٧ آب — تطعيم عظمي سمحاقي حسب طريقة دلاجنيار .



قطع طعمين دقيقين طول كل منهما سنتمتران وعرضه سنتمتر من الظنبوب ووضع احدهما كميزابة عند حافة الفك السفلى تحت المفصل الكاذب محاذياً للعظم ووضع الثاني على الوجه الوحشي للعظم حذاء المفصل الكاذب تنضير قطعتي عظم الفك دون تقريب احداهما من الاخرى ، ربط الشريان الوجهي في سياق العملية ، تخدير

الرسم — ٣

عام بالايثر (الجراح الحكيم الماجور ميشيل ، المعاون الحكيم الماجور جينستاي)

١٨ آب — نزعت الميزابة وابدلت بميزابتي فضة مصبوبتين فيهما كلابتان ، طبقت احدى الميزابتين على الفك العلوي والاخرى على السفلي ربطت الكلابتان بخيط نحاس .

التغذية والغسل حذاء الثنية والرباعية اليمناوين العلويتين المنكسرتين

١ ايلول — نزع شعر فلورنسة ، الحالة حسنة جداً .

١٩ منه — فتح الفم ، يخيل ان الفك مندمل بعض الاندمال ، اغلاق الفم ثانية

٢٢ تشرين الاول — فتح الفم ، قطعتا الفك ثابتتان لا تتحركان ، ترك الميزابتين في مكانهما .

١٥ تشرين الثاني — نزعت الميزابتان فكان الاندمال تاماً ، وضع جسر ترميماً للقوس السنية

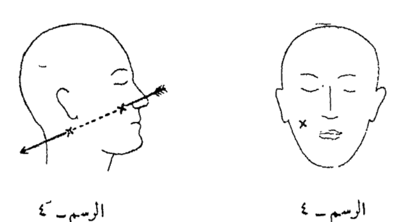
١٦ منه — ترك الجريح المستشفى .

١٥ كانون الاول — رجع الجريح الينا واخبرنا انه عاد الى وظيفته وانه يمضغ الطعام جيداً مع بعض الحذر والحيطة

رسم فكه في ١٦ تشرين الثاني فبان الطعمان العلوي والسفلي وظهر بين قطعتي الفك شوكان عظميان جديدان حذاء مركز المفصل الكاذب

المشاهدة الرابعة — منصور ... شركسي عمره ٢٢ سنة جرح في ٢ نيسان ١٩٢٦ دخل المستشفى في ٨ منه

التشخيص — كسر في الرأد [1] الايمن للفك السفلي برم ناري دخوله في الخد الايمن خلف التلم الانفي الذقني وخروجه قرب ذروة الخشاء الايمن · ثقبا الدخول والخروج نقطيان ، التشوشات الوظيفية لا تكاد تذكر في البدء ، حركات الفك تحدث بعض



الرسم ـ ٤ الرسم ـ ٤

الالم الخفيف ومثلها الضغط حذاء النكفة [2] ، ألم شديد حين المضغ ، انطباق الاسنان غير طبيعي لان الاسنان تلامس من الجهة المصابة الاسنان المقابلة لها واما من الجهة السليمة فهي منفرجة عنها بعض الانفراج · ومتى فتح الفم كانت الزاوية المؤلفة من القوسين السنيتين اصغر من الجهة اليمنى وهذا المنظر يشابه منظر فم « مرتل القرية »

الرسم الكهربي الامامي يدل على كسر في الرأد الايمن عند قسمه المتوسط · فقد انتزع المرمي من اللوحة الظاهرة القطعة التي مرّ بها وكسر اللوحة الباطنة ، خط الكسر مائل جداً من العالي الى الاسفل ومن الوحشي الى الانسي ·

والرسم الجانبي يبين ان خط الكسر افقي وان العظم قد اضاع بعض قسمه الخلفي

المعالجة : ٨ نيسان ١٩٢٦ — تنظيف الفم تقليح (detartrage) الاسنان · ربط الفكين احدهما بالآخر بخيط من الشبه · لم تستخرج سن بقصد التغذية او الغسل لان امرار الانبوب كان ممكناً بين الثنيتين العلويتين ·

---

(١) جاء في التاج الرأدان طرفا اللحيين الدقيقان اللذان في اعلاهما فهي مقابلة لشعبة الفك الصاعدة واخصر منها ·

(٢) جاء في التاج النكفتان غدتان تكتنفان الحلقوم في اصل اللحي واحدتهما النكفة وهي تفيد معنى (parotide) دون حاجة الى تسميتها كما يقول بعضهم «الغدة النكفية»

تنظيف الفم مرتين في اليوم

١٦ نيسان — تحمل المريض للربط كان صعباً جداً ، استبدال الربط بنصفي ميزابة فضة مسكو بين ، ضبط الفكين بخيط شبه واغلاق الفم

٨ حزيران — فتح الفم ، الاندمال تام ، كان الفم قد فتح مرة قبل هذا التاريخ لان احدى الميزابتين كانت قد تقلقلت .

الرسم في ١٧ حزيران بين ان اللوحة الباطنة قد اندملت مع التشعبات العظمية حذاء الثلم التام الكائن في اللوحة الظاهرة .

٢٠ حزيران — ترك الجريح المستشفى بعد ان تم شفاؤه .

المشاهدة الخامسة : جميل ٠٠ شركسي عمره ٢٥ سنة (؟)

جرح في ٣ كانون الاول في مجدل شمس .

دخل المستشفى في ٦ منه

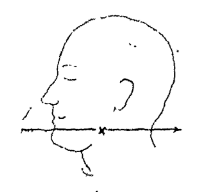
التشخيص — كسر في الرأد الايسر من الفك السفلي ، احدث لمرمي تلماً افقياً متجهاً من الامام الى الوراء فوق زاوية الفك اليسرى ، يكاد يكون الانطباق طبيعياً متى كان الفم مغلقاً ولكن متى فتح الفم ظهر في اليسار نقص في الزاوية المؤلفة من القوسين السنيتين .

عجز في الوظيفة وألم حاد حين ضغط الزاوية .

الرسم الكهوبي يبين ان الكسر واقع فوق الزاوية وان حافة العظم الخلفية قد اضاعت بعض اقسامها

المعالجة — تنظيف جوف الفم

٧ كانون الاول — اخذ انطباع الفم في العالي والاسفل لصنع زاوية مطاط مكبرت عليها مواقع الاسنان ، تثبيت الفم بهذه الزاوية في اليوم التالي وهو مفتوح . ربط الفكين احدهما بالاخر بخيط معدني من



الرسم ــ ٥

الجهة المنكسرة وخيوط مطاطة من الجهة المضادة . وهي الطريقة التي اشار بها امبرت وريال

غسل الفم مرتين في اليوم وطلي مكان الربط بمحلول زرقة المتلين المثوي .

١٢ كانون الاول — لم يحتمل الجريح هذا الجهاز لانفتاح فمه فاستعيض عنه بقوسي انغل وربطت احداهما بالاخرى واغلق الفم ، غذي المريض وغسل فمه من الخلاء المناسب للضاحك الاول المستخرج .

٣٠ كانون الاول — فتح الفم لتحقق النتيجة ثم اغلق لان الاندمال لم يكن تاماً .

٣٠ كانون الثاني — فتح الفم فتحاً دائماً وثوبر على التغذية بالمواد السائلة

١٨ شباط — ترك جميل المستشفى بعد ان تم شفاوءه .

المشاهدة السادسة : كرل ٠٠ اجنبي

جرح في ١٨ كانون الثاني في القنيطرة (وهو يحاول الانتحار)

عولج هناك ريثما نقل الى المستشفى

في ٢٧ منه دخل المستشفى .

التشخيص — كسر الشعبة الافقية اليسرى للفك السفلي برمي بندقية دخل في الناحية تحت الفك اليسرى على بعد قيراطين من الزاوية وامامها وخرج من الناحية تحت الوقب اليسرى .

كسر مشظى منتشر في ناحية الضاحكين والارحية ، لم يبق الا على الرحى الثانية .

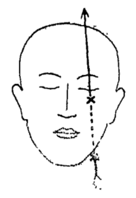
ثقبا الدخول والخروج نقطيان .

تبدل كبير في الفك ، الوصل مندفع الى اليسار والخلف ، عجز تام في الوظيفة

الرسم الكهربي يبين ان الكسر متفتت .

المعالجة - تنظيف الفم وغسله .

٢٧ كانون الثاني — وضع مشد مطاط لارجاع القطعة الكبيرة المتبدلة الى مكانها ، نزع الشظايا الحرة .



الرسم ـ ٦

١ شباط — وضع قوسين واغلاق الفم بعد اعادة الانطباق طبيعياً

١١ منه — أعيض عن القوس السفلى بميزابة فضة مسبوكة وجسر فوق الكسر واسندت من جهة على اسنان القطعة الكبيرة ومن الجهة الثانية على الرحى الثانية ، نزعت

القوس الثانية العليا وترك الفك حراً

٢٠ اذار — نقل الجريح وحالته حسنة ٠

المشاهدة السابعة — محمد ٠٠٠ صباهي

جرح في ٢٣ تشرين الثاني ١٩٢٥

دخل المستشفى ٢٦ منه

دخل المرمي جوف الفم حذاء الرباعية اليمنى والناب السفليين وخرج منه تحت الوصل

وفوهة خروجه واسعة جداً ٠

التشخيص — انكسار ناحية الوصل عند حافتها السفلى ٠

تراكب القطعتين بين الرباعية والناب السفليين ، اصابة الجريح بصدمة دعته الى فتح فمه دائماً وانصباب سيلان مدمم غزير منه ، نتانة نفس ، انتباج كبير في ناحية ما تحت الذقن ٠

الرسم الكهربي — يبين ١ً — كسر ناحية الذقن وتشظيها

الرسم — ٧ ٢ً — ميل خط الكسر من الوصل الى الرحى الاولى اليسرى السفلي ٠

ولم تبد المعاينة السريرية هذا الكسر الثاني ٠ مكنتنا المعاينة الثانية من تشخيص تحرك خفيف حذاء ضرس السنة السادسة السفلى اليسرى التي كانت متنخرة تنخراً شديداً ٠

المعالجة — غسل بمحلول فوق منغناة البوتاس ١ — ٢٠٠٠ ربط الاسنان بعضها ببعض الضاحك الثاني الايمن السفلي والناب الايسر السفلي ٠

تغذية بمواد سائلة

٢٨ تشرين الثاني — استخراج الرحى الاولى اليسرى السفلى

٦ كانون الاول — تحسن الحالة الموضعية تحسناً محسوساً بفضل الغسل المتكرر الذي كان يجريه المجروح نفسه مرات عديدة في اليوم ، اخذ الانطباع بالجبس مستصعب جداً ٠

١٠ منه — وضع ميزابتي فضة مسبوكتين احداهما في اليسار والاخرى في اليمين لها عند نهايتيهما المتقاربتين استطالة بشكل الفرض ٠ وبعد اعادة القطع العظمية الى مكانها وضعت الميزابتان ووصلت احداهما بالاخرى وثبتتا ببرغي عند الخلاء المناسب للرباعية

والناب السفليين الايمنين المستخرجين ، وقد اعيد الانطباق الى حالته الطبيعية وثبتت القطع الثلاث لان طرف الميزابة الخلفي يغمد الرحي الثانية السفلى اليسرى . ترك الالم المريض فاسترح راحة تامة . اغلق فمه ، لم يعد اللعاب ينصب منه واصبح قادراً على الكلام .

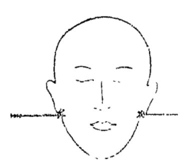
نقل الجريح بعد زمن قليل وهو في حالة حسنة .

المشاهدة الثامنة — من الرماة الجزائريين رقمه ٩٧٤

جرح في ٢٥ نيسان

دخل المستشفى في ٢٨ منه

التشخيص — كسر في رأدي الفك السفلي برام دخل في الناحية النكفية اليمنى وخرج في اليسار في النقطة المحاذية للنقطة اليمنى



الرسم — ٨

ثقبا الجلد نقطيان ، وضع الجريح خاص ، فمه منفتح ، ذقنه هابط ، لعابه سائل من شدقه ، يتعذر عليه اغلاق فمه والتكلم بوضوح .

الرسم الكهربي يبين ان الكسر مزدوج وانه أعلى في اليسار ومصحوب بشظية عند حافة العظم الانسية . وان العظم في اليمين قد اضاع جزءاً من حافته الوحشية ، وانه لا تبدل في القطع .

المعالجة — ضماد من شأنه ضبط الفك ، غسل الفم بمحلول داكان مخفف وفوق منغناة البوتاس .

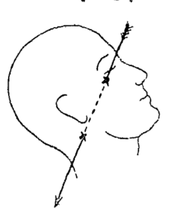
٣ ايار — استخراج الثنية والرباعية اليمناوين السفليتين لتنظيف الفم والتغذية ، ربط الفكين احدهما بالآخر ، الانطباق طبيعي ، تحسن حالة الجريح ، نقل الى بيروت بعد ذلك بقليل .

المشاهدة التاسعة — ب . فرنسي .

جرح في ١٥ ايار ١٩٢٦

دخل المستشفى في ٢٠ منه

فوهة دخول المرمي في ناحية الوقب اليمنى خروجه خلف الناحية الكتفية اليمنى .
الثقبان نقطيان .



الرسم ــ ٩

التشخيص ــ لم يشخص الكسر في البدء لخلو التشوشات الوظيفية الواضحة

٢٦ منه ــ شخصنا ١ ــ كسراً وحياً في الفك العلوي الايمن وانثقاب الجيب الفكي عند قسمه الخلفي السفلي .

٢ ــ كسراً في الرأد الايمن للفك السفلي وانقطاع العصب الوجهي الايمن

الانطباق كان طبيعياً حين انغلاق الفم واما حين فتحه فان الزاوية المؤلفة من القوسين السنيتين كانت اصغر في اليمين مما هي عليه في اليسار لقصر العظم .

وكان ألم حين الضغط وكان الجريح يشكو نقصاً في رؤية العين اليمنى

الرسم الكهربي الامامي يبين ١ ـــ كسراً مشظى في الرأد عند منتصفه ٢ ـــ الرسم الجانبي اظهر ان مركز الكسر ليس فيه ضياع عظمي وقد اخذ رسمان والفك مفتوح فلم يبد أقل تزو فالدليل واضح ان الاقسام العظمية المكسرة متلاصقة .

المعالجة ــ غسل بالزراقة (bock) بعد وضع انبوب في جوف الفم سيلان غزير من ثقبتي الدخول والخروج وفي الفم نفسه من جرح كائن في الغشاء المخاطي احدثه المرمي خلف حدبة الفك العلوي الايمن السفلي وسيلان قيحي من الانف الايمن آت من الجيب .

٢٦ ايار ـــ قطعنا بالمكواة النارية لجاماً مخاطياً معترضاً بين الارحية الاخيرة

الانطباق طبيعي ، خلو الجريح من الالم وغزارة القيح في جوف الفم دعوانا الى الامتناع عن ربط الفكين ، ضبط الفك بضماد فقط ، تغذية المريض بالسوائل .

غسل الفم بمحلول دكان المخفف ، انقص التقيح في مسير المرمي ، طلي جرح الفم بمحلول زرقة المتلين المئوي وغسل الفم المتكرر الذي كان يجريه الجريح نفسه اديا الى تنظيف الفم جيداً . ولو لم ينقل الجريح الى بيروت بعد تحسن حالته تحسناً بيناً لما كنا تأخرنا عن وضع الاقواس اللازمة .

(للبحث صلة)

مقتضبات عما يقال و يعمل

في سر يريات حنا لويس فور (J . L . Faure)

« ٦ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

٤ً — انسداد النفيرين: ان انسداد النفيرين يسبب العقم اكثر مما كان يظن وينتخب الانسداد مقرين :

١ً ـ عند الصيوان الذي تتلاصق اهدابه (franges) فتغلق الفوهة البطنية

٢ً ـ عند قرن الرحم حيث تتكون عقيدة ليفية • كان الجراحون يكشفون نفوذ النفير قبل ان عرف النفخ بفتح البطن حتى اذا ماوجدوه مغلقاً كانوا يجرون مفاغرة الملحقات (salpingostomie) بخفض الفوهة الجديدة حتى المبيض واذا ماوجدوا الصيوان مفتوحاً كانوا يدخلون مسباراً مقنى في النفير •

غير انه كان يصعب عليهم معرفة ما اذا كان المانع قد ازيل او لا في ناحية المضيق ولهذه الطريقة محاذير متعددة منها تنبه الانتان بالرض الجراحي اذا كانت الملحقات ملتهبة •

اما اليوم فينفخ في النفيرين (insufflation des trompes) وقد اوجد هذه الطريقة اشعاعي اميركي يسمى روبان (Rubin) وهو يرمي الى نفخ الصفاق (peumo-peritoine) بنفخ الهواء والاحسن ان ينفخ مولد الحموضة او حامض الفحم بجهاز خاص يقاس به الضغط بعد ادخال مسبار خاص معقم في الرحم فمتى كان النفيران مفتوحين يكون الضغط اللازم معادلاً ل ١٥٠ ملمتراً من الزئبق لينفك المخاط الموجود في النفير عن عضديه • ثم ينخفض الضغط حتى ٦٠ مم واذا اصغي الى ما فوق العانة سمعت فقاقيع الغاز المنبعثة عند الصيوان و يجتمع الغاز بين عضد البطن ووجه الكبد الامامي يثبت لنا ذلك الوضوح في ناحية الكبد

وتشعر المريضة متى وقت بعد العملية مباشرة بألم في الكتف اليمنى يستمر ٣ — ٤ ساعات وقد يبقى حتى صباح اليوم التالي

فهذه العلامات تثبت لنا انفتاح النفيرين او انغلاقهما •

و يجب في بعض الاحيان ان يجرب النفخ مرات عديدة لتكون النتيجة ايجابية على ألاً

يتجاوز الضغط ٢٠٠ ملمتر من الزئبق ٠

محاذير هذه الطريقة — قد يدفع الغاز مخاط الرحم العفون في النفير ين ومنهما الى البريطون ومتي كانت الرحم نازفة يخرش المسبار غشاءها المخاطي فيمر الغاز في اوردة الرحم وقد يسبب الصمامة الغازية (embolie gazeuse) فتصاب المريضة بالغشي ويجب اجراء هذه المعاينة بعيداً عن زمن الطمث ماامكن ومتى ثبت بالنفخ ان النفيرين مغلقان حقن باطن الرحم بالليبيودول واخذ الرسم الشعاعي فظهر به مكان الضيق وكان مرشداً للجراح في عمله وهذه الطريقة جديدة حديثة العهد ٠

واذا لم تكف جميع هذه الوسائط لايجوز ان يلجأ الى اللقح الاصطناعي (fecondation artificielle) بل يشك في قصور المبيض ويجد في تنبيهه بوصف خلاصات المبيض حسب الطرق العادية شهوراً عديدة

واذا كانت المرأة سليمة ورحمها وملحقاتها صحيحة يكون الرجل سبب العقم فيكون مصاباً بنقص النطف (oligospermie) او بامحائها(ozoospermie) و يقع ذلك في٥ ا بالمائة من الحادثات

و يجب الانتباه الى آفات البربخين ولا سيما حذاء الذنب لانها من بقايا حرقة البول وجرب بعضهم ان يغرس البربخ في الاسهر (القناة الناقلة للمني) وليس في الخصية نفسها حيث تكون النطف عنقودية لان سائل قنوات البربخ ضروري لتجزئة النطف بعضها عن بعض واعطائها النشاط ٠

••••

صفة في مداواة قصور المبيض والغدة الدرقية

تيرو كرئين غرامي (thyrocreine Gremey)

تعطى المريضة منها حبة كل يوم مدة خمسة ايام ٠

فحبتين مدة خمسة ايام

وتعطى في الشهر الثاني حبتين او ثلاث حبات و يعد نبضها في اثناء المداواة صباحاً ومساء فمتى تجاوز المائة تقطع المعالجة ٠

التهابات الرحم (les metrites) ، معالجتاها الدوائية والجراحية

لالتهابات الرحم صنفان كبيران

١ — التهابات الرحم المسببة من المكورات العقدية (ستربتوكوك) والناجمة من المكورات

البنية (غونوكوك) وكلا النوعين يظهران باحد المظاهر الاتية :

أ — التهابات الرحم الحادة

ب — التهابات الرحم الخفيفة الحدة

ج — التهابات الرحم المزمنة

اذا استثنينا السيلانات والكلال التي تعتري المريضات قلنا انهن لا يتألمن . بل يشعرن بارحامهن دون ان يختل طمثهن كثيراً وتعود المفرزات البيضاء الى الانصباب بعد الطمث كما كانت قبله .

ومتى ظهر الالم قيل ان عرقلة اضيفت الى التهاب الرحم كالتهاب الملحقات

الفحص بالمس المهبلي : اذا لم تكن المرأة قد ولدت بعد يبدو العنق متسعاً ومنتفخاً حذاء المضيق . و يقال للعنق الذي يتشوه هكذا العنق البرميلي (col en barillet)

واما في المراة الولودة فالعنق منفتح وفوهته فاغرة وشفتاه منقلبتان الى الخارج ومشققتان وحجمه كبير بارز متسع شديداً منفوخ عند نهايته وضيق عند قاعدته كسدادة قارورة (الشمبانيا) وقوامه صلب قاس في الالتهابات المزمنة مع ليان حول فوهة العنق

جسم الرحم : يزداد حجمه تارة وقد يكون جسيما ولكنه في كل حال املس منتظم وكثيراً ما يكون فيه بعض الرخاوة وهذا ما يميزه عن الرحم المصابة بالورم الليفي وقد يكون الجسم ضامراً جداً كما في التهاب الرحم الشيخوخي .

الفحص بالمنظار : — ترى تقرحات حلقية مستقرة على الشفتين في الغالب و يجب ألاّ تجرى استقصاآت في باطن الرحم دون ان يكون داعٍ الى اجرائها وليعلم ان ضخامة الجسم تناسب الالتهابات المسببة من المكورات العقدية وان ضخامة العنق تناسب الالتهابات المسببة من المكورات البنية

سير المرض : يختلط بالتهاب الملحقات فاذا بقيت الرحم متحركة كانت المكورات البنية سبب الآفة

واذا عادت غير متحركة مر الالتهاب الى محيطها وكانت المكورات العقدية السبب سواء أصحب ذلك تفاعل في الملحقات أم لم يصحبه

اما النتيجة فهي العقم بسدادة مخاطية تسد فوهة العنق ونذكر عدا هذين النوعين:

التهابات الرحم في البنات الحديثات

والتهابات الرحم الشيخوخية بعد سن اليأس وتتصف بمفرزات شقراء والتصاق اعضاد الرحم وضمور العضو وعسر الطمث الغشائي الكاذب الذي يتصف بتوسفات و بنوب قولنج مناسبة لدفع هذه الاغشية

والتهابات الرحم النزفية التي تنجم من اضطرابات البنية في العذارى او من الاسقاط وفي زمن النفاس (لانحباس بعض اجزاء الملحقات) في المتزوجات

التهابات الرحم الشيخوخية في الطاعنات بالسن : فيجب تمييزها عن السرطان

المعالجة — لكل من التهاب جسم الرحم أو التهاب عنقه مداواة خاصة وقد تشترك الآفتان معاً لان التهابات جسم الرحم تلوث العنق في اثناء المعالجة فتخيب جميع الوسائط المستعملة وعليه يجب ان تشرك المعالجتان معاً .

ويجب اولاً تحقيق التشخيص قبل بدء المعالجة ونفي الحمل لان المفرزات البيضاء قد تظهر في بدء الحمل واذا خامرنا الشك وجب علينا انتظار الطمث الثاني

وتلتبس التهابات الرحم بسرطانات الجسم في الطاعنات بالسن فيجب توسيع الرحم وتجريفها للاستقصاء النسيجي حين الحاجة .

التهاب بطانة العنق الداخلية (endocervicite) : تدل هذه الكلمة دلالة واضحة على ان الوجه الباطن لعنق الرحم قد التهب وان المعالجة الخارجية لم تعد كافية لشفاء الداء بل يجب ان تشرك بمعالجة اخرى تؤثر في باطن العنق .

وهذه المداواة دوائية تقوم بالغسولات المهلية بالمصل الاصطناعي الذي يلطف حالة الاغشية المخاطية ويسكن التهابها . أو بمضادات للفساد متنوعة : فوق منغناة البوتاس واوكسي سيانور الزئبق وثاني فحماة الصودا ومغلي جذر الخطمي وهو ملين ومزيل للاحتقان (تغلى ٤ ملاعق من مسحوق الجذر في لتر ماء)

ويجب ان يجرى الغسل ببطوء وان تكون حرارة الماء مرتفعة ٥٠ والمرأة مضطجعة وحوضها مرتفع بعض الارتفاع وتعود فائدة الغسل الى حرارة الماء اكثر مما تعود الى المطهر نفسه ويجب ان ننوع المطهرات اذا كنا نرغب في الحصول على فائدة لان الجراثيم تألف كل مطهر والحقن الشرجية الحارة مفيدة ايضاً ولعلها كانت اكثر فائدة فيجب ان تشرك مع الغسل المهلي ويجب ان تطلى فوهة الفرج بالفازلين اذا خشينا ان يحترق الجلد

وتكرر الغسولات مرتين او ثلاث مرات في اليوم

د — ضمادات مهبلية : وهي اكبر فائدة من الحقن تجرى هذه الضمادات بالغليسرين الاختيولي العشري وتجنى من استعمال القطائل (tampons) المبللة بالغلسرين الفوائد التالية :

١ — ليان جميع النسج المجاورة

٢ — نشاط في جميع عناصر النسج وغزارة في مفرزاتها وتنبه افعال البلعمة (phagocytose)

٣ — تقلصات الرحم التي تعصر الغدد وتخرج المخاط والجراثيم الكامنة فيها

يكرر الضماد المهبلي مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع ٠

غير ان بعض النسوة لا يتحملن الاختيول فيجب ان تزاد نسبته في الغلسرين او تخفف طبقاً لتحمل المريضة

ويستعمل ايضاً المحلول البكريكي المشبع ونسبته $\frac{٨}{١٠٠٠}$ يترك هذا الضماد ٢٤ ساعة ليس اكثر فينفصل بعد ثلاثة او اربعة ايام شريحات نسج متوسفة تخرج معها الخلايا الميتة والجراثيم الكامنة فيها ٠ ومتى كان العنق فاغراً فمه جاز ان يمس باطنه بالمحلول المذكور ٠ ويكرر هذا المس مرة في الاسبوع وتظهر نتيجة هذه المداواة بعد ٣ — ٤ ضمادات بكريكية فيتبدل منظر العنق المريض تبدلاً تاماً

ويفيد ايضاً التمبول (ta mpol) والتيجنول (thygénol) ولكنهما أخف فعلاً

ويجوز ان يكوى باطن عنق الرحم او ظاهره بصبغة اليود والماء المحمض والنيئول (Néol) والبييضات (ovules) الدوائية سهلة الاستعمال غير انها لا تأتي بالفوائد التي تجنى من التضميد وتنظيم المعالجة يتم على الصورة الآتية :

تصنع اولاً ثلاثة او اربعة تضميدات بيكريكية وتكمل هذه التضميدات بتضميدات الغلسرين الاختيولي ومتى تحسنت المريضة يشار عليها بالبييضات التي يسهل عليها استعمالها مرة او مرتين في الاسبوع ٠٠ فاذا لم تشف المريضة بعد شهر او شهرين ونصف كان باطن العنق مصاباً وكانت معالجته واجبة ولكن كيف يكون ذلك ؟

كان القدماء يستعملون الحمامات حسب طريقة بير (Bier) وقد نالت هذه الطريقة حظاً وافراً من الشهرة ثم اهملت اليوم ٠

وقد استعملت المكواة الكهربية (galvanocautère) ولاسيما متى وجدت بيوض بالوت ولكن العنق يضخم من جراء ذلك ويحشى اكياساً فيشابه منظر السرطان

واستعمل ايضاً قلم فيلهوس (Filhos)(وهو مركب من النُورَة[1] والبوطاس الكاوي) وفي التجارة منه اقلام فيلهوس الجديد (crayons néo Filhos) . تكوى به الطبقة السطحية من الغشاء المخاطي فتتناثر بعد ان تكوّن خشكريشة . والحذر كل الحذر من ان يكون الكي عميقاً خشية الوصول الى العضلة التي يؤدي حرقها الى ندبة تضيق العنق وهذا ما حدا المولدين الى ترك هذه المداواة في النساء الفتيات

واما مضادات الاستطباب فهي قبل كل شيء عراقيل الملحقات ولا يكرر الكي الا بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع ويجب ان تحذر المريضة بان المداواة قد تمتد الى خمس جلسات (séances)او ست وان الراحة في الفراش واجبة ووضع الثلج ضروري متى اعتراها اقل تفاعل

ومتى كان العنق ضيقاً جداً ولا يستطاع ادخال القلم فيه يحاط مقياس الرحم او منقاش بقليل من القطن و يبل بالماء و يجف به القلم ثم يدخل في العنق و يترك فيه ١٥—٢٠ ثانية و يحسن ان يوسع العنق في الايام الخمسة عشرة التي تلي الكي بشمعات هغار

طريقة سرداي (Sireday) العملية { ثم يكوى بالقلم مرة ثانية بعد ١٥ يوماً
و يكوى مرة ثالثة بعد شهر

وتستعمل ايضاً طريقة التخثير بالكهرباء (electro-coagulation) اوطريقة الاستحرار (diathermie) او المجرى السريع التواتر (haute fréquence) واذا لم تنجع جميع هذه الطرق او كان العنق ضخماً جداً وجب الالتجاء الى الجراحة .

والطرق المستعملة في بتر العنق عديدة وجميعها حسنة على ان يستأصل القسم المهبلي من العنق والقسم الباطن من غشائه المخاطي وابسطها طريقة شرودر وقد نقدها المولدون الذين يفضلون عليها طريقة التفريغ الدائري(évidement circulaire)

والطريقة الاخيرة هي طريقة ستورمدورف (Sturmdorf) الاميركي

التهاب باطن الرحم (endométrite): ان العلاج الاساسي في مداواة التهابات

(١) النورة حجر الكلس فهو ترجمة(chaux vive)

باطن الرحم هو التقطير الرحمي بمسبار برون ومحقنته ولهذه الطريقة محاذيراهمها دخول المواد المحقون بها للنفيرين ومنهما او من احدهما للبريطون فيجب ان يحقن بكمية قليلة جداً لا تتجاوز سنتمترين مكعبين · و يجب قبل الحقن بالعلاج ان تختبر درجة استيعاب الرحم بحقن محلول نوفو كئين عشري · فاذا خرج السائل من اطراف المسبار كان ذلك دليلاً على اتساع العنق اتساعاً كافياً وعلى جواز التقطير بدون خطر · واذاشعرت المريضة على اثر الحقن بمحلول النوفو كئين بآلام شديدةواقياء دلتنا هذه العوارض على دخول السائل للخلب ولكن هذه العوارض لا يطول امرها لان المادة المحقون بها هي النوفو كئين ومهما يكن فلا يجوز حينئذ ان يحقن بالمادة المطهرة واما اذا لم تطرأ هذه العوارض جاز استعمال المادة الكاوية وقد استعمل كلورور التوتيا العشري وهو موءلم جداً يستمر الالم فيه ساعتين الى ثلاث ساعات · و يكرر الحقن به ثلاث او اربع مرات تفصل الحقنة الاولى عن التالية ١٠ — ١٢ يوماً و بعيداً عن ميعاد الطمث ·

الا ان هذه الطريقة قد تركت للألم الذي تحدثه ويحقن اليوم بمحلول ازوتاة الفضة الخمسيني مرتين في الاسبوع فهو يجفف الغشاء المخاطي و يقبضه دون ان يتلفه كما يفعل كلورور التوتيا

وقد استعملت صبغة اليود حتى ان منهم من دخن باطن الرحم باليود وادخلت اقلام في جوف الرحم فراجت هذه الطريقة مدة ثم اهملت وقد كانت اضرار كلورور التوتيا شديدة جداً ·

وعادت اليوم هذه الطريقة الى الرواج غير ان الاقلام المستعملة هي اقلام تحتوي على كميات قليلة من الراديوم فهي تجرف باطن الرحم تجريفاً دوائياً حقيقياً لطيفاً (طريقة لاكابر Lacapeyre)

توءثر هذه الاقلام في الغشاء المخاطي وهي تذوب مدة اثنتي عشرة ساعة وتغزر بعدها المفرزات فتستمر ثمانية ايام ثم تنقص · ان وضع قلم واحد يكفي في الغالب غير ان الحاجة تقضي في بعض الاحيان باعادة الامر ثانية بعد خمسة عشر يوماً ·

الاستجماد (la cryothérapie): و يقوم باستعمال الجمد الفحمي(neige carbonique) يدخل الجمد بجهاز خاص و يترك ثلاثين ثانية الى دقيقتين طبقاً لدرجة الكي المراد اجراوءه فيلي الكي تحسن موقت غير ان النكس كثير الوقوع ·

المداواة الجراحية : تقول القاعـدة ان الكشط تعالج به التهابات الرحم النازفة فقط ولكن متى خابت جميع الوسائط وظلت رحم المريضة كبيرة ومفرزاتها غزيرة كان علينا ان نجرب الكشط قبـل ان نحكم باستئصال الرحم . ولا بـد في الكشط من شروط تترتب علينا مراعاتها وهي : ١ً الاّ تكون الملحقات ملتهبة فاذا كانت تعتري المريضة بعض الحمى وان خفيفة كان الامتناع عن التجريف واجباً ٢ — الا تكون المكورات البنية (غونوكوك) سبب الالتهاب لان التجريف يفضي في هذه الحالة الى عراقيل مزعجة « التهاب الملحقات المزدوج » فيجب اذن ان يفتش عن المكورات البنية قبل الكشط حين انتهـاء الطمث فاذا لم نعثر عليها كشطنا والا امتنعنا . ٣ً — ان يكون التوسيع كافياً « شمعات هغار » وان نكشط الرحم كشطاً متجانسا تاماً وتكوى جيداً بالغلسرين الكريوزوتي العشري والحذر من ان يمس المزيج غشاء المهبل المخاطي .

و يستحسن وضع الثلج على البطن بعـد الكشط مدة ٤٨ ساعـة تحاشيا لهجمات التهاب الملحقات والحمى مدة بضعة ايام . ومتى كان التهاب الرحم سيلانيا «غونو كوكيا» انحصرت المعالجة في وسائط تجرى حول الرحم وليس فيها كالحقن والتضميدات المهبلية وسوى ذلك

اللقاح المضاد للمكورات البنية : يحقن بلقاح ذاتي او لقاح جاهز في مستوصف باستور

الاستحرار «diathermie» : يجوز ان يشرك مع الاستلقاح «المداواة باللقاح» تصنع منه عشر جلسات الى عشرين جلسة « الحرارة الموافقة ٤٦ مئوية مدة ٣٠ دقيقة » فهي تميت المكورات البنية وتخفف الالتهاب وتشفيه

وتستعمل ايضا المعاجين المشعة « boues radiofères » وتوصف الحمات «المياه المعدنية» : لوكساي «Luxueil» بلومبيار «Plombières» الخ

يستعمل في حوادث التهابات الرحم النزفية التوسيع ، الاستعضاء ، الكشط «الفحص النسيجي الحيوي »

واذا كان النزف مصحوباً بعسر الطمث وكانت المرأة مسنة كان التهاب الرحم من النوع الشيخوخي

تداوى التهابات الرحم هذه في البنات الفتيات بالاستعضاء « opotherapie » وبحقن شرجية قليلة حارة (ملعقة صغيرة من صبغة الهماميلس وغرامان من كلورور الكالسيوم خمسة عشر يوما في الشهر) ويستعمل ايضا الراديوم والاشعة المجهولة « للبحث صلة »

حموضة البول الحقيقية وتقديرها الحديث بـ PH

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

حموضة البول في الكيمياء الفيزيكية . — كتبنا على صفحات هذه المجلة [1] كلمة عن الحموضة والقلوية في نظر اا (يُون Ion) وعما لتقديرهما بـ pH من الفوائد الجمة في التطبيقات العملية ولا سيما السوائل الحيوية وغير ذلك من المسائل الحديثة التي اخذت في عالم الفن شأناً خطيراً في اليوم الحاضر وقد أُتيح لنا الان ان نعود الى البحث في الموضوع الذي بدأنا به ونذكر في مقالنا هذا تطبيقها في تقدير حموضة البول .

تفاعل البول الطبيعي حامض على صبغةعباد الشمس أو الفتالئين. لما كانت المواد الداعية الى هذه الحموضة مختلفة فقد قال العلماء بانواع مختلفة من الحموضة كالظاهرية والحقيقية والمطلقة ووضعوا طرقاً شتى لتقدير كل منها فترى من هذا انه لم يوضع لحموضة البول — حتى عهد قريب — تعريف جامع مانع يمكن به بيانها بقيمة عددية ليستطاع التمييز بين درجاتها المختلفة وان الكيمياويين في بادىء الامر كانوا يكتفون بمشاهدة تحول لون الورقة المغموسة في صبغة عباد الشمس ليقولوا ان البول حامض أو قلوي أو معتدل وعلى هذا كان من المتعذر ايجاد نسبة صحيحة من لون صبغة عباد الشمس بين درجات الحموضة المختلفة . وهكذا شأن جميع المشعرات الملونة فانه لم يكن من استعمالها في هذا الغرض الا معرفة الحموضة معرفة بسيطة لا تخرج عن الكشف الكيفي (qualitative).

---

(١) مجلة المعهد الطبي العربي م ٢ الجزء ٥ وما يليه

وما زالت الحال كذلك حتى اسست الكيمياء الفيزيكية ووضعت انظار (نظريات) الحموضة الحديثة · فقد امكن بها تمييز حموضتين : حقيقيــة وهي التي كان يتعذر بيانها باستعمال صبغة عباد الشمس · وعياريــة وهي التي كان يعبر عنها بارقام تستنتج بطريقة المقياس العيارـــي (titrimétrie) · فالحموضة الحقيقية في البول اذن هي التي يمكن بيانها بعددٍ ما بـِ PH · والحموضة العيارية هي الناتجة من الاجسام الموجودة فيه والمتصفة بالحموضة واهمها حمض الفصفور · فاما التحليل الكيماوـــي فانه يقدر اكثر هذه الاجسام العاملة في حموضة البول · واما pH فليست هي الا التي كان يعبر عنها بتحول صبغة عباد الشمس والتي قد تمكن علم الكيمياء الفيزيكية من استبدال تعبيرها المبهم بتقديرها كمياً بتكاثف البول من يونات H اي pH وذلك من تحول الوان بعض المشعرات المعلومة التركيب التي يختلف انكشافها عند مزج البول بها حسب احتوائه على يونات H

طريقة التقدير — تستند الى المقياس اللوني باستعمال المشعرات الملونــة ويكتفي لهذا الغرض ان يضاف مشعر واحد الى شيءٍ من البول ومقابلة اللون الحاصل بنماذج الوان مرسومة على لوح لمعرفة pH المطابقة له ·

اما الكاشف أو المشعر فانه يتألف في الحقيقة من مزيج مشعرات ملونــة بحيث تكون مناطق التحول فيه موافقة لقيم pH البول باعطائها زمرة من الالوان تامة الوضوح بين قيمة واخرى قريب بعضها من بعض ·

وأسهل طريقة يجري عليها مخبر التحليلات الكيماوية الحيوية في مدرسة الصيدلة بباريس هي طريقة العالم غيّومان (Guillaumin) التي يستعمل فيها الكاشف المركب من المواد الآتية :

احمر المتيل	٠،١٢٥ غرام
برومو تيمول الازرق	٠،٤٠ غرام
محلول الصودا الكاوي $\frac{N}{٢٠}$	١٩،٠٠ سم ٠م

تسحق في هاون حتى الذوبان التام ثم يضاف اليها :

ماء مقطر	م ٠ ك ٠ لاجل ١٠٠٠ سنم ٠ م

وتحفظ في زجاجة معتدلة التفاعل ٠

طريقة العمل ٠ — اذا كان البول رائقاً جداً وثقله ١٠،٠١٠ يؤخذ منه دون ان يمدد اما اذا لم يكن كذلك او كان ثقله اعظم من ١٠،٠١٠ فانه يمدد الى اربعة او خمسة امثاله بالماء المقطر المعتدل التفاعل ٠

ولاجل الفحص يؤخذ منه ١٠ سم ٠ م ويضاف اليها نصف سم ٠ م من الكاشف المار الذكر ويمزج جيداً ثم ينظر الى اللون على سطح ابيض :

فاذا كان احمر كالجلنار	كانت pH البول ٤،٦
واذا كان ورديا (كلون جراد البحر المسمى قاريذيس crevette)	« « ٥،٠
« ورديا اصفر	« « ٥،٤
« نارنجياً (كلون الشمبانيا)	« « ٥،٨
« جوزياً (كخضرة الماء الآسن)	« « ٦،٢
« فستقياً (اخضر بين خضرة الماء وخضرة المرج)	« = ٦،٦—٧،٠٠
« اخضر (كخضرة المرج)	« « ٧،٤

واذا شاء الفاحص ان يبالغ في دقة التقدير وجب عليه ان يحضر قبل البدء بالعمل نماذج قياسية يقابل بها الوان السوائل التي يريد فحصها ٠

ولتحضير سلسلة من النماذج القياسية يهيأ اولاً محلولان: احدهما محلول فصفاة وحيد البوتاسيوم (PO4KH2) بنسبة $\frac{١}{١٥}$ من وزنه الذري اي ٩،٠٧٨ غراماً منه في اللتر والاخر محلول فصفاة ثنائي الصوديوم (PO4Na2H,12H2O) بنسبة $\frac{١}{١٥}$ من وزنه الذري ايضا اي ٢٣،٨٦٦ غراما منه في اللتر ثم تمزج حجوم معينة من اولهما بحجوم معينة من ثانيهما على الصورة الاتية :

الانبوب	محلول فصفاة وحيد البوتاسيوم		محلول فصفاة ثنائي الصوديوم		PH
١	١٠	سم ٠ م	٠٠	سم ٠ م	٤،٦
٢	٩،٨٥	«	٠،١٥	«	٥،٠
٣	٩،٥٥	«	٠،٤٥	«	٥،٤
٤	٩،١٥	«	٠،٨٥	«	٥،٨
٥	٨،٠٥	«	١،٩٥	«	٦،٢
٦	٦،٣٠	«	٣،٧٠	«	٦،٦
٧	٣،٧٠	«	٦،٣٠	«	٧،٠
٨	١،٩٠	«	٨،١٠	«	٧،٤

وتستعمل لذلك النقاطة المدرجة الى نصف العشر ٠ ثم يضاف الى كل انبوب نصف سم ٠ م من المشعر الملون ٠

على ان هذه النماذج سريعة الفساد لوجود المادة العضوية فيها ، لهذا وفق العالم برويرِ (Bruère) الى صنع نماذج قياسية من مواد معدنية لا يطرأ عليها فساد تبدأ من pH = ٦،٠ وتنتهي عند pH = ٧،٦ بالنسبة الى الوان النماذج المذكورة في جدول كلارك ولوبس (Clark et Lubs) الذي يستعملان

فيه ازرق البروموتيمول كمشعر ملون وتحضر كما يلي :

محلول A — محلول آزوتاة الكوبالت وثاني كروماة البوتاسيوم :

محلول آزوتاة الكوبالت ١/٥ ٢ سم٠م

محلول ثاني كروماة البوتاسيوم ٠،٣٠ بالالف ٩٨ سم٠م

يمزجان . والمحلول الناتج يعادل pH = ٦،٠ فما فوق من جدول كلارك ولوبس .

محلول B محلول آزوتاة الكوبالت وكبريتاة النحاس .

محلول آزوتاة الكوبالت ١/٥ ٥ سم٠م

محلول كبريتاة النحاس ١/١٠ ٩٥سم٠م

يمزجان والمحلول الناتج يعادل pH = ٧،٦ فما تحت من جدول كلارك ولوبس

اما الالوان المتوسطة بين هاتين القيمتين فتستحصل بمزج محلول A بمحلول B على الصوره الآتية في انابيب صغيرة عديمة اللون متساوية القطر :

(نماذج متوافقة مع ازرق البروموتيمول)

قيم pH ←	٦	٦،٢	٦،٤	٦،٦	٦،٨	٧	٧،٢	٧،٤	٧،٦
محلول A حجماً وهو بلون اصفر	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
محلول B حجماً وهو بلون ازرق	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
اللون الناتج بعد المزج	اصفر	اصفر مخضر			اخضر		اخضر مزرق		ازرق

النور

السائل الملون بدون O اضافة المشعر	O السائل الملون (٥ سم م) مع اضافة خمس قطرات من المشعر
انبوب النموذج من O نماذج أزرق البروموتيمول	O الماء المقطر

العين

محلول C محلول كلور الكوبالت الخلي

محلول كلور الكوبالت ١/١٠ ٢٦ سم ٠ م

حامض الخل الصرف ٧٤ سم ٠ م

يمزجان ويرشح المزيج ٠ وهو يعادل pH = ٤،٤ فما فوق مع مشعر احمر المثيل وpH = ٤،٨ فما تحت مع مشعر احمر الفنول من نماذج جدول كلارك ولوبس (المحضر بمزج ٥ سم ٠ م من المحلول الثابت التكاثف (tampon) وخمس قطرات مشعر)

محلول D — محلول كلور الكوبالت وثاني كروماة البوتاسيوم :

محلول كلور الكوبالت ١/١٠ ٤ سم ٠ م

محلول ثاني كروماة البوتاسيوم ٠،٣٠ لاجل ألف ٩٦ سم ٠ م

يمزجان والمزيج يعادل pH = ٦،٠ فما تحت مع مشعر احمر المثيل وpH = ٦،٨ فما فوق مع مشعر احمر الفنول ٠

واما الالوان المتوسطة فتستحصل بمزج محلول C، بمحلول D على النسب الآتية :

(نماذج متوافقة مع احمر المتيل)

قيم pH ←	٤،٤	٤،٦	٤،٨	٥	٥،٢	٥،٤	٥،٦	٥،٨	٦
محلول C حجماً وهو بلون وردي	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
محلول D حجماً وهو بلون اصفر	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
اللون الناتج بعد المزج	وردي	احمر برتقالي	برتقالي	برتقالي مصفر	اصفر				

(نماذج متوافقة مع احمر الفنول)

قيم pH ←	٦،٨	٧	٧،٢	٧،٤	٧،٦	٧،٨	٨	٨،٢	٨،٤
محلول C حجماً وهو بلون وردي	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
محلول D حجماً وهو بلون اصفر	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
اللون الناتج بعد المزج	اصفر	اصفر برتقالي	برتقالي	برتقالي محمر	وردي				

وقد حضرنا في مخبر الكيمياء في المعهد الطبي العربي نماذج بروئير هذه لنتحقق صحتها وقابلناها مع سلسلة من الالوان التي حصلنا عليها مع كاشف غيومان اي مزيج ازرق البروموتيمول واحمر الفنول الذي سبق ذكره فوجدنا بينهما اختلافا جزئيا ولا نزال نواصل السعي الى التوفيق بينهما وصنع نماذج تنطبق مع المشعرات الاصلية المذكورة في جدول كلارك ولوبس سنوافي الزملاء الافاضل بما يتم معنا في هذا الشان بمقال آخر ان شاء الله .

اما النتائج التي يمكن الحصول عليها بمعرفة pH البول فنجملها فيما يلي :

١ — الاختلافات الفيزيولوجية : تختلف pH البول الطبيعي المجموع في

٢٤ ساعة والمحفوظ من الفساد بشيء من التولوئين باختلاف الاطعمة التي يتناولها الانسان . ففي غذاء مختلط تبلغ ٥،٨ — ٦،٠ وتنخفض الى ٥،٢ في غذاء لحمي صرف وترتفع الى ٦،٥ في غذاء نباتي صرف . وليست هذه الارقام الا وسطى لان حموضة البول — فضلاً عن اختلافها من شخص لآخر — تختلف ايضاً بطوارىء فيزيولوجية شتى خلال ٢٤ ساعة بتأثير الاغذية التي تستدعي افرازاً معدياً حامضاً . وبين هذا الافراز الحامض وبين الافراز القلوي علاقة تنشأ منها (موجة قلوية) بعد الطعام قد تكون على جانب عظيم من الخطورة اذ قد شوهد صعود pH البول بعد الطعام الى ٧،٤ . ثم ان للجوع والصيام والانفعالات العصبية والاضطرابات الروحية وغيرها تأثيراً في تحويل pH البول في ٢٤ ساعة . اما حموضة البول المطرح صباحاً بعد اليقظة فانها توشك ان تكون ثابتة في الانسان ذاته . ومن هذا يتضح لزوم فحص الحموضة في الحالات المرضية على البول المطرح صباحاً ليحصل على نتيجة ثابتة ترجى منها الفائدة المطلوبة .

٢ً — الاختلافات المرضية : بلغت pH البول القيمة العظمى (٨،٠) بعد تناول كمية كبيرة من ثاني فحماة الصودا ، والقيمة الصغرى (٤،٨) في بول كثيف جداً قد يكون ناجماً من اغتذاء لحمي .

ويقول ماتيو وبطرس ويل ان فرط الكلورية (hyperchlorhydrie) يصحبها انخفاض في الحموضة البولية وان فرط الحموضة (hyperacidité) (pH = دالى ٤،٨) تكون مطردة في كثير من الناس الرثويين والعصبيين والمصابين بالنملة (الاكزيما) والشقيقة واما في الآفات الكلوية فقد لا تكون pH البول صورة صحيحة عن pH الدم .

٣ً — العلاقة بين pH البول وطبيعة الرمل البولي غير المتعضي : ان لتفاعل

البول دخلاً في تكون الراسب البولي غير المتعضي وكثير من هـذه الرواسب لا يظهر في البول الا اذا كان بدرجة من الحموضة معلومة اي اذا بلغت pH العائدة اليه حداً معلوماً . فحماضاة الكلسيوم يرى في جميع الابوال . اما فصفاة ثنائي الكلسيوم فلا يرى الا عند pH = ٦،١ — ٦،٣ وفصفاة ثلاثي الكلسيوم عند pH = ٦،٦ الى ٦،٨ . واما فصفاة الامونياك والمانيزا فانها لا ترى الا عند pH = ٧ (وهو حد الاعتدال النظري) اعني في الابوال الحامضة التفاعل .

ومن هذا يتضح انه قد يطّرح البول عكراً في بعض الحالات — اذا سمح تركيبه بذلك - خصوصاً بعد تناول الطعام والعكر يكون حينئذ ناشئاً من الفصفايات (phosphates) دون ان توجد هناك بيلة فصفاتية حقيقية . واما راسب فحماة الكلسيوم فلا يتكون الا اذا كان تفاعل البول قلوياً ظاهراً اي عند pH اعظم من ٨ (pH > ٨) .

هذا ونلخص فيما يلي بعض قيم pH وما تشير اليه من الحالات الفيزيولوجية:

pH = ٤،٦	تدل على	فرط حموضة عظمى	(hyperacidité maxima)
٥،٠	—	» شديدة	(« forte)
٥،٤	—	» خفيفة	(« légère)
٥،٨	—	» حموضة طبيعية	(acidité normale)
٦،٢	—	« «	« «
٦،٦	—	تناقص الحموضة تناقصاً خفيفاً	(hypoacidité légère)
٧،٠	—	« تناقصاً شديداً	(« accentuée)
٧،٤	—	« تناقصاً اشد	(«très accentuée)
pH = ٤،٦ — ٧	تدل على	حموضة	(acidité)
٧	—	اعتدال مطلق	(neutralité absolue)
ما فوق ٧	—	قلوية	(alcalinité)

مقتضبات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب تعليم الحكيم شوكت موفق الشطي

١ً — معالجة حرقة البول باشراك طريقتي المداواة الهيولينية والكيماوية

تنسار (Tansard) سر يريات هودلو في مستشفى القديس لويس .

لا يخفى على احد صعوبة مداواة حرقة البول المزمنة او الحادة المعرقلة ولهذا جربت في مداواتها طرق عديدة : تمسيد الموثة (البروستاة) والاحليل وهو مقثطر والغسول والتقطير والتيار الكهربي .... الخ

وتستند هذه الطرق الى عد حرقة البول آفة موضعية . على ان جوزان قد أثبت ان هذا المرض انتان عام وكان ينصح الاستاذ جانبرو (Jeanbrau) في محاضراته في معهد مونبليه ان تعد حرقة البول كمرض عام وان تداوى كما تعالج الامراض الانتانية ويثبت هذا الرأي كشف اضداد دموية في حرقة البول البسيطة مهما كانت خفيفة الوطأة وقد رأى جوزان بعض حالات انتان الدم لم يكن السبب في احداثها غير المكورات البنية (الغونو كوك) . تنتقل المكورات البنية غير المتحركة الى الدم بعد ان تحملها الكريات البيضاء وقد اوجت هذه الفكرة التي تعد حرقة البول انتاناً عاماً طرقاً كيماوية حديثة في المداواة

فاستعمل البعض ١ً — ملاح الزئبق : الانزول (Enésol) (بوفيرون Bouveyron) والسلياني (بيلیادوماتيو Piliado Mathieu) حقناً في الوريد لمداواة عراقيل حرقة البول

٢ً — الكلورغول (سيليسيا Silicia) حقناً في الوريد

٣ً — المركبات الزرنيخية : في العراقيل (التهاب الخصية ، الرثية السيلية)

والارسنو بنزن(دوهو Duhot) فاعطت نتائج حسنة مما حمل دورو (Durœux) على عد الادوية الزرنيخية كمداواة خاصة تشفي حرقة البول وجنى جوزان فوائد جليلة باستعمال بعض المواد الملونة (غونكرين تريبفالفين gonacrine trypflavine) حقناً في الوريد

وسعى تنسار الى تبديل طرق معالجة حرقة البول بايجاد طريقــة حديثة تقوم باحداث اضداد في الدم قادرة على قتــل الجراثيم المرضيــة فلجأ اولاً الى استعمال المداواة الهيولينية فحقن تحت الجلد باللبن وجنى نتائج حسنة ولكنها لم تكن ثابتة فجرب اشراكها باللقاحات . ينقص احين اللبن الاجنبي عن العضوية وطأة الجراثيم فلا يستحسن في اثناء ذلك استعمال اللقاحات . وقد تمكن تنسار بهذه الطريقة من شفاء ٩٥ في المائة من مرضاه . الا ان وطأة الصدمة اللبنية شديدة قد لا يتحملها بعض المرضى وقد جرب الحقن بالفضة فاستعمل هذه المادة في اربعين مريضاً كان النجاح حليفه بها في العراقيل (التهابات الخصية ، والموثة ولا سيما الرثيــة)اما تأثيرها في التهاب الاحليل فكان بسيطاً

واشرك سنة ١٩٢٦ الفضة الليبوئيدية (argent lipoidique) باللبن فخفت الصدمة وبدأ باستعمال الحقن الفضية بدلاً من اللقاح .

أ ــ تأثير هذه المواد العام في العضوية :

١ ــ اللبن : يزداد على اثر الحقن به في اثناء الصدمة عدد البلغميات وكمية الاضداد . وتكون الصدمة خفيفة اذا لم تزد كمية اللبن المحقون بها عن ٢ سم٣ واما اذا استعملت ٥ سم مكعبة فتكون الصدمة شديدة مع حمى درجتها ٣٨،٥ــ٣٩ ولا يطول امد نوبة الصدمة المذكورة اكثر من خمس او ست ساعات . ولا

تبدو هذه الاعراض الا في المرة الاولى

٢َ — الفضة : تقتل الجراثيم ولا تحدث صدمة ٠

ب — موضعياً ١ً —اللبن : يحدث في مكان الابرة احمراراً خفيفاً قد يبلغ قطره بضعة سنتمترات و يكثف ما تحت الجلد وسببه التهاب النسيج الخلوي البسيط الذي يزول بسرعة ٠ وقد ينشأ منه الشرى فلا يجوز حينئذ ترك المداواة لطروء هذه العرقلة البسيطة بل يعطى المريض مسهلاً وخمائر لبنية (أو لبناً) و يثابر على المداواة

٢ً— الفضة : الحقنة مؤلمة يزول ألمها بعد دقيقة و يجوز ان تخلط حقنة الفضة بنصف سم[٣] من محلول النوفوكئين المئوي فلا تعود مؤلمة

ج— طريقة العمل والمقادير ٠ يحقن اللبن في جهة والفضة في جهة اخرى و يجب ان يحقن بالدوائين في الوقت نفسه

١ً — اللبن : يحقن تنسار به تحت جلد البطن بين النسيج الخلوي والصفاق و يكفي عادة الحقن بـ ٢ سم٣ و يجب ألاَّ تتجاوز الحقنة الاولى سنتمتراً مكعباً واحداً و يزاد هذا المقدار اذا كانت الالتهابات شديدة كالتهاب المثانة الحاد والتهاب الموثة والرثية والتهاب الخصية الخ حتى ٥ سم[٣] ٠ وتجرى الحقنة بزمنين فتدخل الابرة وحدها و ينتظر هنيهة حتى اذا لم ينصب دم منها توصل المحقنة بها و يحقن باللبن ٠

٢ً —الفضة: يجب ان يحقن بالمادة الدوائية في ملء العضلة واحسن نقطة هي الالية و يحقن تنسار في المرة الاولى بسنتمترين مكعبين اي بمحتوى حبابة [(١)]

د — الحمية : يحسن ان يحمى المريض يوم الحقنة الا عن اللبن والخضر ولا بأس في اعطاء المرضى انفحة لبنية في اثناء المداواة لانها نافعة

(1) ampoules cytotropique de Fournier

مضادات الاستطباب: ١ً — الفضة: يجوز استعمالها في المكبودين (hépatiques) او المصابين بأمراض الكلية ٠ وتستعمل عادة ٢٥ حقنــة فاذا لم تـكـف لشفاء المريض يستعاض عنها بالحقن باللقاحات

٢ً — اللبن : لا يستعمل في المصابين بالحرض (ارتريتسم) اجتناباً لصدمة التنواء (choc colloido-clasique) وفي المبهورين

هـ المداواة الموضعية:

١ً — يستعمل محلول حمض كيانوس الزئبق الذي نسبته ٠،١٥ في المائة او محلول منغناة البوطاس الخفيف حقناً في الاحليل وذلك في الدور الحاد ٠

٢ً — يقطر محلول البروترغول المئوي في الاحليل وذلك متى خف السيلان ولم تبق الا خيوط ويجوز ان يستعاض عن احد هذه التقطيرات بالغسل بمحاليل مطهرة مخففة

٣ً — يجب التوسيع اذا كان مجرى الاحليل ضيقاً ٠

٤ً — تنبذ طريقــة تمسيد الموثة والاحليل المقنطر ولا يستعمل التوسيع الشديد كعلاج لحرقة البول المزمنة ٠

مثال لشفاء حرقة البول في رجل جاء الطبيب مستشفياً في ٢ تشرين الثاني بعد ان مضى على اصابته ١٥ يوماً فحقن في التاريخ نفسه بسنتمترين مكعبين فضة وسم مكعب لبن

في ٣ تشرين قل السيلان فحقن بسنتمترين مكعبين من اللبن و بسنتمترين مكعبين من الفضة

في ٤ تشرين الثاني: لم يعد في بوله خيوط ولا في احليله قطرة قيح ٠ ولم يعالج معالجة موضعية البتة

التهاب الاحليل المزمن : كانت النتائج حسنة ايضاً

التهاب الموثة المزمن : عولج عشرة اشخاص مصابين به فنالوا الشفاء

التهاب اجربة ما حول الاحليل المزمن : قد يستولي الجرثوم على غدد ليتر وسواها . وقد شفي المرضى المصابون بهذه العلل

التهاب المثانـة : تكفي عادة ٣—٤ حقن لشفاء الحالة

٥ — التهابات البربخ : تشفى بسرعة

٦ — الرثية: تشفى ويجوز ان يشرك اللبن باللقاح في هذه الحالة

٧ — خراجات ما حول الاحليل : شفي مريض بعد حقنه باثنتي عشرة حقنة

حرقة البول في النساء :

أ — التهاب الرحم الحاد : عالج تنسار احدى عشرة مريضة اختلط التهاب ارحامهن بالتهاب المهبل فشفين جميعهن بمدة وجيزة . ويكفي عادة ١٥ حقنـة للحصول على الشفاء . ويذكر صاحب المقالة انه عالج مريضة مصابة بالتهاب المهبل الفائق الحدة ، وبالتهاب الرحم والتهاب غدتي بارطولان والتهاب الاحليل ومـا حوله . فبرئت بعد استعمال ثاني حقن بعد عشرة ايام وتركت مستشفى القديس لويس

ب — التهاب الرحم المزمن : كانت النتائج حسنة ايضا

ج — التهاب الملحقات : هذه المداواة مفيدة اذا لم يكن الالتهاب قد تقيح ويجب اذا لم تبرأ المريضة بعد حقنها بـ ٢٠ حبابة فضة ان تشرك الفضـة باللقاح على ان تعيض حقن اللقاح عن بعض حقن اللبن . اننا قد بادرنا الى نشر هذه الطريقة الحديثة للفوائد الكبيرة التي جنيت منها :

تنبيه : جاء خطأ في الصفحة ٩٥ (ولا سيما بعد حروب سيليسيا) والصواب كيليكيا

الجزء ٣ المجلد ٥

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٢٨ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٦ هـ

الانواع الدماغية السحائية في داء المتحولات

للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي العربي
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

سنبين في مقالتنا هذه ان داء المتحولات (amibiase) مرض لا تزال بعض اشكاله غامضة وان اسراره لم تعلن جميعها حتى الآن . وان المشاهدات التي سنسردها لاكبر برهان على ان المتحولة تفعل عن بعد في الدماغ والسحايا فعلاً مختلفاً كل الاختلاف عن فعلها وهي فيه اي وهي في ملء النسيج الدماغي لانها متى استقرت فيه كان منها خراج الدماغ الذي عرف اليوم حق المعرفة :

وسنذكر هذه المشاهدات باختصار لان الثلاث الاولى منها قد اعلنت مطولاً في موءتمر علم الصحة الاخير الذي عقد في غند وهي التي قمنا بجمعها بالاشتراك مع الحكيم لويس في بيروت وقدمناها لاثبات النوع نظير التيفو من داء المتحولات وقد اعترت هوءلاء المرضى في سياق دائهم هذا اعراض دماغية سحائية وهي ما نرغب في لفت الانظار اليه في مقالتنا هذه . ولان الرابعة

والخامسة ستدرجان ايضاً باسهاب الاولى في مجلة امراض الروح والثانية في مجلة الامراض العصبيةفي باريس . وستظهر هذه المشاهدات متى القينا عليها نظرتنا الاولى متباعدة لا شبه بينها غير ان هذا التنافر ليس الا سطحياً لان رباطاً قوياً يربط بعضها بالبعض الآخر وستتضح هذه الصلة متى جئنا على ذكر المشاهدات التي نوردها الان حسب تاريخ وقوعها .

المشاهدة الاولى : النوع نظير التيفو من داء المتحولات (دشاهدة لويس ترابو)(ارتباك عقلي ، اضغاث احلام ، تشوشات حدقية)

مريض دخل مستشفى القديس يوحنا في بيروت في٢٧ ايلول سنة ١٩٢٤ وقد كتب على الورقة التي ارسلت معه «تحت المشاهدة ، لاختلالات دماغية» فتبين لنا من فحصه ان المريض في حالة ارتباك دماغي (confusion cérébrale) وإخماد (torpeur) وعدم شعور بما في النفس (inconscience) تتخللها نوب هذيان وسير في المنام وقد حدث له انه في احدى نوبه رمى بنفسه من نافذة الطبقةالاولى فجرحت ساقه اليمنى جرحاً كبيراً وقد استمر هذا الارتباك الدماغي شهراً كاملاً كانت الحرارة في اثنائه تتموج بين ٣٨ و٣٩ وكان منذ البدء تباين في الحدقتين وخوف من الضياء وازدياد الافعال المنعكسة الوترية والجلدية ، وقبض مستعصٍ . بزل قطنه فخرج سائل صافٍ وكان ينصب قطرة قطرة وكان تركيباه الكيماوي والخلوي طبيعيين . استنبت دمه فكان الاستنبات سلبياً ، تحريت الحيوينات الدموية في دمه فلم يظهر لها اثر . وكانت كبده كبيرة وفي بوله كمية قليلة من الآحين وبعض الاصبغة والملاح الصفراوية وكثير

من صفراوين البول (اورو بيلين)

وبعد ان مرّ شهر على هذا المريض اي في ٢٧ تشرين الاول فكرنا في داء المتحولات لاحتقان الكبد والعلامات الصغيرة التي بدت في البول وكانت دليلاً على قصورها · فحقنا وريد المريض يومياً بثمانية سنتغرامات امتين حتى بلغ مجموع الامتين ٦٠ سنتغراماً فشفي المريض بسرعة

· · · ·

المشاهدة الثانية : النوع نظير التيفو من داء المتحولات (تشوشات سحائية)

(مشاهدة لويس ، ترابو)

دخلت مستشفى القديس يوحنا في بيروت في ١٧ شباط سنة ١٩٢٦ امرأة فتية لم يمر على وجودها في سورية اكثر من سنة وكانت قد أُصيبت في اثنائها بنوب اسهال بسيطة لم تعرها اهتماماً · وكانت حرارتها حين دخولها ٤٠ وكانت تشتكي آلاماً رأسية شديدة وخوفاً خفيفاً من الضياء وكان عنقها متصلباً ولسانها وسخاً وكانت مصابة بقبض وكبدها ضخمة تجاوز الاضلاع السائبة ثلاثة قراريط وكانت تبدو على بطنها ثلاث لطخات نمشية وكان طحالها محسوساً وكانت مصابة بيرقان خفيف · عوين الدم فلم تبدُ فيه حيوينات دموية استنبت مرتين فكان استنباته سلبياً وكان في البول آحين خفيف (٣٠ ، ٠) سنتغراماً وبعض الاصبغة الصفراوية الطبيعية وصفراوين البول

بقيت الحرارة مستمرة · ثم اعترى المريضة في اثناء حماها هذه اسهال فكانت تتغوط ٣ — ٤ مرات في اليوم فتحريت المتحولات (اميب) في الغائط فكشفت فيه فعولجت بالامتين حقناً في الوريد وكان مجموع ما حقنت به ٤٨ ، ٠ سنتغراماً

فسقطت الحمى منذ اليوم الثاني اي بعد الحقنة الاولى وشفيت شفاءً سريعاً ·

· · · ·

المشاهدة الثالثة : النوع نظير التيفو من داء المتحولات (حالة سحائية) (مشاهدة لويس ، ترابو)

ابنة عمرها تسع سنوات تقطن بسورية منذ اربع سنوات اصابتها سابقاً بعض حالات زحارية دخلت المستشفى في ٢٣ايار سنة ١٩٢٦ تشكو قولنجاً وآلام رأس شديدة وألماً حاداً في عضلات النقرة والصدغين وكانت حرارتها في المساء ٤٠،٧ وكانت مضطربة مصابة بالهذيان ثم لم تلبث ان أصيبت بهبوط شديد

وكانت عضلات نقرتها متصلبة بعض التصلب ولم يكن تشوش في رؤيتها وكانت الافعال المنعكسة الحدقية طبيعية · وبقيت المريضة حتى اليوم الثاني تشكو نقرتها وصدغها وتخاف الضياء خوفاً واضحاً · استنبت دمها فكان الاستنبات سلبياً · بقيت الحرارة مرتفعة في الايام التالية وآلام الرأس والهبوط ملازمة· وكانت في البول كمية كبيرة من البولات ولم يكن فيه آحين وكان الطحال والكبد طبيعيين ففكر في داء المتحولات بالنظر الى سابق المريضة الزحاري فحقن وريدها بثلاثة سنتغرامات امتين فزالت الحرارة في الغد وهجعت الاعراض جميعها فثوبر على المعالجة بالامتين فشفيت

· · · ·

المشاهدة الرابعة : (حالة انقطاع عن الحقيقة سابقة للعته « état schisophré- nique prédementiel » تالية لزحارٍ متحولي) (مشاهدة ترابو وجود)

مريض دخل مستشفى دمشق في ٢٣ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ مصاباً بفقر دم، وبعد ان مرّ عليه اسبوعان في المستشفى اعتراه زحار واضح متصف بزحير وكثرة تغوط ومخاط ودم في الغائط الذي بدت فيه المتحولات. فتبدلت اذ ذاك حالته العقلية مع انها كانت حتى ذلك التاريخ طبيعية، فلم يغد يعاشر رفقاءه ولكنه كان يصرف نهاره في فراشه نائماً على جانبه الايمن ويده اليمنى تحت رأسه، ولم يكن يأكل الا حينما كان يجبر على الاكل وكان يتغوط في فراشه بدون انتباه ولا تظهر عليه علامات الانزعاج من هذه الحالة الوسخة. وكان يجلس قرب سريره دون حراك وبصره ضال متى كان يجبر على ترك فراشه. فحقن وريده بالامتين فزالت اعراض الزحار زوالاً تاماً وعاد الغائط جامداً وزال منه المخاط والدم. غير ان الحالة العامة ساءت واخطرت فخرس المريض ولازم وضعته المعهودة كانه جماد دون أقل حركة. ثم لم تلبث ان ظهرت اعراض دالة على العته لانه ضرب يوماً احد جيرانه دون سبب ورمى بنفسه مرة ثانية في حوض المستشفى دون ان يكون ثمت داعٍ وبدت في طرفيه السفليين وذمة وتشوشات وعائية حركية موقتة ولم يكن آحين في بوله وكانت البوله في دمه ٣٠ سنتغراماً وقد خرج ببزل القطن سائل صافٍ تركيباه الكيماوي والخلوي طبيعيان وكان تفاعل الجاوي الغروي وواسرمان سلبيين ولم تبدُ فيه أقل علامة جسدية (somatique) واضحة الى ان كانت ليلة نهض بها من فراشه واندفع نحو الحوض ورمى نفسه فيه فغرق

....

المشاهدة الخامسة : (اعراض سحائية متكررة في اشخاص يحملون اكياس المتحولات) (مشاهدة خاصة)

خياط دخل اولاً المستشفى العسكري بدمشق في ٢٩ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ ولم تكن حرارته مرتفعة بل كانت نقرتـه متصلبة تصلباً جلياً وكانت علامة كرنيغ ايجابية فيه وكان يخشى الضياء خشية شديدة للغاية ومؤلمة حتى انه كان يبكي متى عرض له . بزل قطنه فتدفق منه سائل صاف فيه ٣٠ سنتغرام سكر وكانت تفاعلا الجاوي الغروي وواسرمان سلبيين فيه ، وكان في السائل ٠،٩ خلايا في المليمتر المكعب بحجيرة ناجوت ولم تبدُ في الدم حييوينات دمويـة وكان الطحال طبيعياً ولم تكن في الغائط بيوض ديدان .

استراح المريض راحة شديدة بعد البزل فترك المستشفى ظناً منه انـه شفي غير انه عاد اليه بعد سبعة ايام مكتوباً على ورقته « اعراض سحائيـة » وكان مصاباً بتصلب عنق واضح وكرنيغ وخوف من الضياء دون تشوشات حدقية وكانت حرارته طبيعية . بزل قطنه ثانية وأُجري عليه تفاعلا واسرمان والجاوي الغروي وحلل تحليلاً كيماوياً وخلوياً فكان طبيعياً . ولم يكن في الغائط بيوض ديدان غير ان تحري اكياس المتحولات بطريقة كارل (Carles) كشف عدداً عديداً منها وقد نبهنا الى هذا الفحص الاسهال الذي أُصيب به المريض . حقن وريده بثلاثين سنتغرام ارسنوبنزال كل اربعـة ايام مرة حتى بلغ المجموع ثلاثة غرامات فشفي شفاءً تاماً واستمر شفاؤه .

. . . .

يظهر للنظرة الاولى ان هؤلاء المرضي ليسوا من زمرة واحدة وانه ليسهل

علينا بعد ان ندقق في مشاهداتهم ان نقسمهم قسمين فنجعل في القسم الاول مريضي المشاهدة الاولى والرابعة اللذين دلت اعراضهما العصبية على ان الدماغ قد أُصيب . ونضع في القسم الثاني مرضى المشاهدات ٢ ، ٣ ، ٥ الذين دلت اعراضهم العصبية على ان السحايا كانت متنبهة .

ذكر التاريخ الطبي الحديث حتى الان ان المتحولات تصل الى الدماغ وانها باستقرارها فيه قد تحدث خراجاً تكشف في صديده المتحولات . فعمل هذه الطفيليات في الدماغ عمل متلف كما هي عادتها حيث حلت . اما الحالات التي أوردناها فليست من هذا النوع ولا تدل على فعل موضعي قامت به المتحولات لان شفاء المرضى بسرعة فائقة بعد المعالجة النوعية ينفي ذلك وخلوهم من العقابيل (sequelles) امر مستحيل لو كان دماغهم قد أُصيب بهذه الحالة المخربة .

وبما ان مرضانا اذا استثنينا منهم المريض الرابع قد نالوا جميعهم الشفاء فالحالة التي اصابتهم ليست من هذا النوع بل انها ناجمة من فعل المتحولات عن بعد اي من فعلها المعتنف فعلاً تختلف آليته في الاعراض السحائية والتشوشات الدماغية نفسها .

ان التشوشات السحائية التي ذكرناها تدل على ان الحالة هي حالة تنبه سحائي وليست حالة التهاب السحايا الحقيقي غير ان هذا التنبه كان واضحاً في جميع هذه المشاهدات

واكبر دليل عليه الخوف من الضياء وصلابة النقرة وعلامة كرنيغ وآلام العضلات والصداع الشديد الذي ذكره ماري كاستكس ودانيال غرنواي .

وعدا ذلك فان بزل القطن الذي اجريناه كما في المشاهدة الرابعة كان دليلاً على ازدياد التوتر ولا سيما في المرة الاولى ولو كان تركيب السائل من جميع الوجوه طبيعياً ٠

وقد كان البزل كافياً لازالة جميع الاعراض السحائيــة ازالة موقتة لان السبب الاساسي نعني به داء المتحولات المزمن لم يكن قد عولج ٠ وان آلية هذه التشوشات السحائية تقرب كما يظهر لنا من الالية التي تحـدث التهاب السحايا الدودي ٠ فقد ذكرت لتعليل هذا فرضيتان اولاهما الفعل الانعكاسي الذي لا يزال يعيره المؤلفون القدماء اهتمامهم مع انه اليوم قد سقط من أوج مجــده وثانيتهما اقرب الى الصواب وهي فعل ذيفانات الديدان الذي يقرّ به اليوم جميع المؤلفين ٠ واننا نعتقد ان هذه الفرضية الاخيرة تنطبق تمام الانطباق على ما نحن في صدده الان لان فكرنا يتجــه الى الاقرار بان للمتحولات ذيفانات كما للديدان وان هذه الذيفانات سبب هذا التنبه السحائي البعيد فمشاهداتنا تأذن لنا بادخال هذا المبدإ الجديد في مبحث الامراض العامة وهو انه قد تكون للمتحولات ذيفانات تفرزها فتؤثر بها في الاعضاء البعيدة ٠

....

اما تأثير داء المتحولات في خلايا الدماغ الذي ادى في مشاهدتنا الاولى الى ارتباك العقل وهذيان وسير في المنام وفي المشاهدة الرابعة الى حالة انقطاع عن الحقيقة سابقة للعته فسهل تعليله ٠ كل يعلم ما لخلايا الكبد من الميل الى المتحولات حتى ان الكبد لا تخرج سالمة مهما تنوعت المشاهدات في هذا الداء ٠ وان من ينعم النظر في مشاهداتنا و يقرأها بتأن يرى انه في اربع منهــا وهي التي حللت

البول فيها قد ظهر في البول من العلامات الصغيرة المجتمعة ما يدل على قصور الكبد كظهور الاصبغة والملاح الصفراوية والنيلة وصفراوين البول (اور بيلين) والبولات (اورات) . أفلا يجوز ان يكون ارتباك العقل في المشاهدة الاولى التي كانت بها العلامات الصغيرة الدالة على قصور الكبد واضحة تمام الوضوح شكلاً عقلياً من قصور الكبد وهو الشكل الذي وصفه وصفاً جلياً فيغورو وجوغليه ولانيل لافستين . ويمكننا ان نعلل حالة الانقطاع عن الحقيقة في المشاهدة الرابعة التعليل نفسه وان تكن لم نحلل البول لاننا لم نستطع الى ذلك سبيلاً لان المريض كان يبول في فراشه ولان هذا الامر لم يتبادر الى ذهننا سريعاً . فليست المشاهدتان والحالة هذه متباعدتين احداهما عن الاخرى لانهما تستندان الى اساس واحد وهو قصور الكبد ولان حالة الانقطاع عن الحقيقة السابقة للعته حسب رأي الاستاذ الكبير رجي (Regis) من بوردو تتلو ارتباك العقل . وليسمح لنا في النهاية بابداء فكر لا نذكره الا بحيطة وهو انه اذا اثبت المستقبل ان للمتحولات ذيفانات كان تأثيرها في السحايا واعصابها الخاصة امراً لا شك فيه فتكون مشاهداتنا هذه التي تبدو متفرقة قد جمعتها جامعة واحدة وهي جامعة السبب الواحد .



خلع ولادي مجهول

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريضة التي يدور عليها كلامنا الآن جاءتنا متألمة من فخذها اليمنى قائلة انها تتعب سريعاً متى مشت . وقد ثبتت فخذها مرتين في جهاز جبس وفي مستشفيين غير مستشفانا فلم تتحسن حالها فأتت تسألنا الان عما اذا كانت محتاجة الى تثبيت ثالث .

وبعد ان اثبتت لنا ان الالم اصابها منذ سنتين فقط على اثر سقوط رضت به فخذها وكادت تحرف تشخيصنا وتبعده عن الحقيقة عادت فأقرّت لطبيبنا الداخلي ببعض معلومات اخرى انارت تاريخ مرضها وهذا ملخص ما ذكرته للطبيب المومإ اليه :

عمر المريضة ٢٦ سنة ، لم تمشِ الا في شهرها الثامن عشر ولم تخبر شيئاً عن الوقت الذي مرّ منذ تلك التاريخ حتى السنة الثانية عشرة او الثالثة عشرة اذ بدأت تشعر بالألم . عالجها البعض كمصابة بالرثية وارسلت في سنتها الخامسة عشرة الى حمة طبرية فلم تجنِ من الاستحمام اقل فائدة .

ثم استخدمت في احد البيوت فزلت قدمها منذ سنتين وسقطت على فخذها فازداد ألمها وليس في هذا ما يعجب . وقد اهتمّ بامرها لانها كانت في بيت احد الاطباء فثبتت فخذها في جهاز جبسي كبير ستة اشهر ثم نزع الجهاز وحررت فخذها اربعة اشهر ونصف شهر وأُعيد الجهاز الجبسي مرة ثانية اربعة اشهر ونصف وقد مرّ عليها الان خمسة اشهر بدون تثبيت .

صحة الابنة حسنة وهي مفتولة العضد مكتنزة وليس في سوابقها الشخصية او الارثية ما يستحق الذكر سوى ما ذكرته لنا عن مرضها الحالي ، وليس في عيلتها عرج ولم تسقط والدتها . يتبين من فحصها وهي منتصبة انها تميل بعض الميل الى الجهة المريضة وانها تستند الى طرفها المريض وهو منبسط وان قدمها مدارة بعض الدوران الى الانسي وان في طرفها جميعه ضموراً عضلياً لا يستهان به يظهر بالعين المجردة بيد ان عضوها السليم منعطف بعض الانعطاف وركبتها روحاء (genu varum) وصدفها هذا خفيف

اما تشوه الفخذ فخفيف لا تدركه العين ما لم تكن معتادة متمرنة . فالمدور (تروخانتر) اشد بروزاً واكثر ارتفاعاً وانتقالاً الى الوحشي مما هو عليه في الجهة السليمة والالية اقل بروزاً والثنية الالوية اكثر انخفاضاً في الجهة المريضة

اما الزور (scoliose) فليس واضحاً في العمود الفقري لان المريضة تعيض عن آفتها جيداً والوقوف على قدم واحدة مستحيل وهذا دليل على عجز العضلة الالوية الوسطى .

ومتى مشت المريضة ينخفض حوضها الى الجهة المريضة . ويبقى الطرف المصاب مقرباً من الخط المتوسط ومنبسطاً وتندفع الكتف الى الجهة المريضة ولا يتقوم الجسد حين استناده الى الطرف المريض تقوماً تاماً .

اما في الاضطجاع فاجراء الحركات في الطرفين يكاد يكون واحداً وطبيعياً ما عدا التبعيد والدوران الوحشي فانهما محدودان في الجهة المريضة .

ويشعر بالابهام ، على الرغم من اكتناز جسد المريضة ، بحفرة عند قاعدة

مثلث سكار به في العضو المريض وان الكرمة [1] ليست في مقرها بل متبدلة بعض التبدل . وان العقد البلغمية في الاربية لم تضخم

وقد استنتجنا من قياس الطرفين ان المدور اعلى في اليمين مما هو عليه في اليسار . وان الطرف اليمين اقصر من اليسار بثلاثة سنتمترات . وان الضمور العضلي ثمانية سنتمترات في الفخذ وسنتمتر واحد في الساق . وليس في مفصلي الركبة وعنق القدم ما يستحق الذكر . وكذلك القول في القطن والفخذ الثانية .

وصفوة القول ان احد مدوري هذه المرأة أعلى في اليمين واكثر بروزاً مما هو عليه في اليسار وان كرمتها ليست في مركزها وانها تعرج عرجاً خفيفاً وتتعب بسرعة متى مشت فما هو مرضها يا ترى ؟

متى علا المدور كان المرض خلعاً او وركاً اقفد (coxa vara) لانه مــا من علامة تدل على انكسار العنق ، غير ان الكرمة تلازم مقرها في الورك الاقفد والقدم تدور الى الوحشي والمريضة لا تتألم

فلم يبق غير الخلع لدينا . هل الرض الذي ذكرته المريضة منذ سنتين كاف لتعليل تبدل الكرمة ؟ لا اننا نستبعد هذا لان الرض ان لم يكن شديداً لا يبدل الكرمة من مقرها و يخلعها متى كان المفصل الكائنة فيــه سليماً . وان المريضة قد ثابرت على المشي مع انها كانت تتألم وهي قد بدأت تتألم منذ سنتها الثانية عشرة . .

وهل يجوز لنــا ان نفكر في خلع تالٍ لالتهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي القديم ؟ فهذا مستبعد الوقوع ايضاً لان المريضة كانت لازمت فراشها

(١) الكرمة هي رأس الفخذ المستدير كأنه جوزة تدور في قلب الورك

للألم الذي يحدثه هذا الالتهاب سنة او سنتين ولان هذا الالتهاب السلي يشفى بالتصاق المفصل ولان الافة السلية اذا كانت قد شفيت بعد ان ابقت للمفصل حركته تكون قد اتلفت الكرمة واحدثت خراجات باردة فانفتحت الى الخارج وتركت ندباً لا تمحى .

هل الافة اذن نتيجة احد هذه الالتهابات العفنة بالمكورات الرئوية التي تقع في الطفولة الاولى ؟ لو كانت كذلك لكنا رأينا ندبة الشق .

ام هل التهاب المفصل الزهري الذي يقرّ به بعض المؤلفين كافٍ لاحداث هذا الخلع ؟

أم هل السبب التهابات العظم والنقي المنتشرة التي لم يجمع رأي المجبرين (orthopédistes) حتى الان على طبيعتها وسيرها والتي تظهر في الطفولة الثانية وتشفى عفواً بعد ان تترك نتائج متفاوتة الشدة متصفة بنقص الوظيفة؟

ام هل ننسب الخلع الى آفة لا يزال الرأي الطبي مختلفاً عليها يسميها بعضهم التهاب العظم والغضروف (ostéochondrite) والبعض الاخر الورك المسطح (coxa plana) ولا يقر كالو بوجودها ؟

ان الجوف الحرقفي يصاب ايضاً في هذه الآفة ولهذا يعتقد كالو ان هذه العلة التي تطرأ على الورك ليست سوى انخلاعات ولادية مجهولة .

يظهر التهاب العظم والغضروف في الطفولة الثانية بيد ان مريضتنا لم تتألم الا في السنة الثانية عشرة او الثالثة عشرة ، هو آفة تبقي على الحركات الا على التبعيد وتصاب بها العضلة الالوية بالخذل (parésie) و يعلو بها المدور ويبرز كما في مريضتنا غير ان سير الافة ينتهي بعد سنة او سنتين فلا يتألم المريض بعد انقضائهما ولا

تظهر الافات الا بالرسم الكهربي . وهذه الافة تصيب الذكور وقد حدث لكثير من الجنود قبل ان عرفت جيداً ان اخرجوا من الخدمة العسكرية لتوهم الاطباء الذين عاينوهم انهم مصابون بالتهاب المفصل الفخذي الحرقفي السلي بيد انهم استعادوا وظيفة اعضائهم بعدئذٍ استعادة تامة ولم يكونوا مصابين بسوى التهاب العظم والغضروف

وليس في هذه المريضة اثار للشلل الطفلي لنعلل به اعراض هـذا الخلع . فهل يجب ان نفكر فقط بخلع ولادي ؟ ونعني بالخلـع الولادي مـا نعني بالفتق الولادي اي ان الولد يولد دون ان يكون مفصلة منخلعاً بل يكون في مفصله استعداد للانخلاع . تتأخر الحافة العليا للجوف الحرقفي في تكونهـا فاذا لم تعطَ وقتاً كافياً ليتم هذا التكون ومعنى ذلك اذا لم تجعل الفخذ في وضعة مناسبة كما يجب ان تكون في الخلع الولادي حسب شريعة دالبش انقذفت الكرمة من جوفها متى مشى المريض لان الجوف عاجز عن ضبطها وانخلعت .

يمشي الولد متى كانت بنيته طبيعية في شهره الثاني عشر فاذا كانت الابنة مصابة بخلع في احد الطرفين لم تمشِ الا في شهرها الثامن عشر . واذا كانت مصابة بخلع مزدوج فلا تمشي الا في شهرها الرابع والعشرين . وقـد عرفت هذه الابنة من ابويها انها لم تمشِ الا في الشهر الثامن عشر واوضحت لنا المعاينة انها مصابة بخلع : فالمدور عالٍ والكرمة خارجـة من الجوف الحرقفي والعرج واضح والمريضة انثى وجميع هذه الاعراض تدلنا دلالة واضحة ان الافـة خلع ولادي كان مجهولاً حتى يومنا هذا .

وقد رسمت الناحية فاستنتجنا من الرسم :

انه لا كسر في فخذها . وان جسم العظم دقيق دقة غير طبيعية وان العنق

قد قصر حتى انه لا يكاد يكون ظاهراً وان الكرمة قد تسطحت (الورك المسطح) وان حدودها واضحة : الامر الدال على ان الآفات قد شفيت هذا اذا كانت الكرمة قد مرضت فيما مضى غير ان هذه التبدلات الشبيهة بالقلنسوة ذات الرفرف او بسطام عجلة القطار الحديدي تشاهد ايضا في الخلع الولادي ولم تتلف الكرمة كما هي الحالة في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي .

وتستند هذه الكرمة الى جوف ناقص والفسحة المفصلية واضحة ولا تظهر في العظم آفة آخذة بالسير وهذا الرسم الحاضر شبيه كل الشبه بالرسم الذي رسم منذ عشرة اشهر لان المنظر لم يتبدل . وفي هذا الرسم ما يسترعي النظر وهو انقطاع خط العقود (cintres) فان الخط المائل لحافة عنق الفخذ السفلى لا يتصل بالخط المائل للحافة السدادية العليا بل نقطة الاتصال بينهما هي الخط المائل للمدور الصغير كما في بعض حالات الورك الاقفد غير ان الكرمة ليست مكانها هنا والخط الذي يسير على حافة العنق السفلى لا يتممه ايضاً خط الحافة الوحشية لعظم الحرقفة : فالكرمة اذاً قد علت .

واننا نرى الكرمة في هذا الرسم قد اتخذت لها جوفاً جديداً واذا فتشنا عن الجوف القديم رأيناه ضامراً وقد بين لنا التسليخ في الحوادث الشبيهة بهذه ان هذا الجوف يكون ممتلئاً نسيجاً ليفياً . واننا اذا رسمنا على هذه الصورة الخط الذي يرسمه امبردان في الطفل نعني به خطاً افقياً ماراً بقعر الجوفين الحرقفيين حذاء غضروف (y) تحققنا ان الكرمة قد علت كثيراً . واذا انزلنا خطاً عموداً على هذا الخط ماراً بما بقي من الحافة الوحشية لهذا الجوف الحرقفي القديم تحققنا ان الكرمة في الوحشي

فانقطاع خط العقود (cintres)ووجود الكرمة في ربع الدائرة العلوي الوحشي يثبتان الخلع · لان الكرمة يجب ان تكون في الحالة الطبيعية انسي الخط الماس لحافة الجوف الحرقفي ·

ليس في الجوف الحرقفي سل أتلفه بل هو جوف لم يكمل نموه لانه لم يقم بالوظيفة المعد لها فسدّ وقد استندت الكرمة المنخلعة الى العظم الحرقفي فوق حافة الجوف القاصرة فتكون جوف جديد ·

ويرينا الرسم ايضاً ان نصف الحوض قد ضمر كما هي عليه الفخذ ايضا (العانة والورك وعظم الحرقفة) ·

وبما اننا قد نفينا كسر العنق والورك الاقفد والخلع الرضي والخلع المرضي الناجم من التهاب المفصل العفني او السل والتهاب العظم والغضروف ايضاً وبما ان السريريات وجنس المريضة وتأخر المشي والعرج والرسم الكهربي وآفات الجوف الحرقفي وضمور نصف الحوضة وجسم الفخذ قد جاءت مثبتة للخلع الولادي فاننا نقف عند هذا التشخيص ·

ولكن لماذا تتألم المريضة والخلع الولادي في الاطفال ليس مؤلماً في الغالب ومتى ظهرت الالام كانت ناجمة من شيء آخر لان المفصل الجديد معرض للامراض التي يتعرض لها المفصل الحقيقي ·

ليس الالم ناجما من التهاب المفصل السلي لاننا لا نرى تقفعاً ولا دفاعاً عضلياً ولا عقداً بلغمية وليس ناجماً من التهاب المفصل السيلاني لان هذه الابنة لم تصب بحرقة البول ولا من الزهري ايضاً · وهذه الالام لا تمنع المريضة عن المشي والوقوف فليست اذن ناجمة من التهاب مفصلي حاد بل تظهر حين التعب

وليس في المفصل فرقعة · تمشي هؤلاء المريضات مــدة طويلة دون ان يعلمن انهن مريضات غير انهن متى طال العهد عليهن يشعرن بما اصابهن لان التعب واسترخاء الربط واحتكاك السطوح المفصلية والضمور العضلي وتمدد العضلات كل هذا يولد الالم

ما هو مستقبل هذه المريضة ؟ اذا ثابرت على المشي والعمل وهي واقفــة استمر ألمها وازداد ولكنها اذا استراحت ومدد طرفها تمديــداً مستمراً متى قضت الحاجة به زالت الالام · وربما تمكنت من العودة الى المشي بعد ان يمر زمن على سكون آلامهــا غير انه ما من شيء يمنع التهاب المفصل عن الظهور ولا صلابة هذا المفصل الجديــد التدريجية ولا الالتصاق التام في العقد الخامس من العمر · وقد يكون هــذا الالتصاق نوعاً من الشفاء غير انه إقعاد مزعج يمنع الانسان من الجلوس وصعود السلالم ·

اما المعالجة التي نشير بها فليست من دائرة علم التجبير (orthopédie) لان ردّ هذا الخلع قد مر العهد عليه فالجوف الحرقفي مملوء وشريعة دالبش لم تعد مما يصح تطبيقه في هذه السن وليس لدينا اجهزة خارجية تضبط المدور في مكانه ·

ولسنا نشير بالتثبيت بل بالراحة في الفراش والاضطجاع متى ظهر التعب واننا ننبذ جانباً الجبس الذي يضمر العضلات فيزداد تقلقل الكرمة بضمورهــا وتشتد الالام والعجز أو يحدث الالتصاق المزعج الذي يقضي الواجب بتأخيره ما امكن · ننصح لهذه الابنة اذن بتبديل مهنتها بمهنة لا تستدعي الوقوف والمشي كالخياطة · ليست آلامها الان ناجمة من التهاب المفصل لان مفصلها الجديــد ليس ملتهباً بل من التعب العضلي وارتخاء الربط ويظهر انها قد أعاضت عن

هذا التبدل ما امكننا · واما متى دادت آفتها موءلمة ألماً شديداً فاننا نشير عليها بمعالجة جراحية ولا نعني بها معالجة يفتح المفصل بها لان هذه العمليات خطرة جداً تفضي الى الالتصاق متى لم تهدد الحياة بالخطر بل نشير بعملية لا يفتح بها المفصل وصفها لانس جيداً في موءتمر التجبير سنة ١٩٢٥ وهي تقوم بايجاد مستند عظمي للكرمة تستند اليه في العالي · غير ان المريضة بعيدة عن قبول اقتراحنا الجراحي ولهذا نكتفي باجراء المعالجة الملطفة التي ذكرناها آسفين كل الاسف ان تكون هذه الابنة قد ذهبت ضحية اهمال والديها وعدم اكتراثهما بتأخرها عن المشي او بعرجها او ضحية الطبيب الذي عاينها فافهم والديها ان هذا الامر يزول عفواً مع مرور الزمن

علينا ان نفكر في الخلع الولادي متى رأينا ابنة قد تأخر مشيها او متى رأيناها تميل في مشيها ، وألاَّ ننسى ان المعالجة متى أُجريت منذ البدء اي منذ الشهر الثامن عشر تشفي هذه العلة شفاءً تاماً وان هولاء الاولاد اذا تركوا وشأنهم كانوا مقعدين وعرجوا طيلة حياتهم لان خمس سنوات اذا مرت على الخلع الولادي المفرد او سبع سنوات على الخلع المزدوج اعادت معالجتهما عقيمة



بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم
وكيفية تشخيصها ومداواتها
«٣»

للحكيم عبد القادر سري
استاذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح

خراجات البلعوم الجانبية التي تتكوّن في المسكن الحشوي

لما كانت الخراجات المذكورة تتكون في الفسحة الجنبية الحشوية من المسكن الحشوي الذي مر وصفه في غير هذا المكان وكانت تتألف من قطعة شكلها مغزلي يوافق سقفها قاع بوق اوستاكيوس ثم يكمل قسمها السفلي الضيق في الاسفل الفسحة الجنبية الحشوية — سميت الخراجات تحت اللوزة والبوق (phlegmons sous - amygdalo - tubaires)

اسباب المرض : قد ذكرت اسباب كثيرة منها سبر بوق اوستاكيوس والنفخ فيه وثقب او كسر جدار البلعوم بالاجسام الغريبة وانتقال بعض الشظايا العظمية الى جدران العضو المذكور من الاذن والعوارض التي تعقب جرح الجدار الخلفي للجيب الفكي في اثناء بزله وغسله وسوى هذا . وقد شاهدت حادثة من هذا النوع في سريريات الاذن لجامعة استراسبورغ كان سببها ادخال المبزل في الجيب الفكي الى ابعد ما يقتضيه الواجب وجرح وجهه الخلفي وانتقال العفن الى الطبقة الخلوية الكائنة في الحفرة الجناحية الفكية .

ان خراجات البلعوم الجانبية قد تنشأ من هذه الاسباب الآنفة الذكر غير

ان نشأتها منها نادرة بيد ان اسباباً اخرى تحدث هذه الخراجات .ولا يشك في تكونها للفلغمونات حول البلعوم وهي الفلغمون فوق اللوزة او الفلغمون الحفافي الحنكي ٠

تظهر الفلغمونات المذكورة بعلامات التهابية تستقر في النسيج الخلوي الكائن في القطعة الواقعة بين السويقة البلعومية وارتكاز سويقة الحفاف اللسانية حيث الجدار الوحشي للبلعوم الموافق لهذا الموقع رقيق او منفجر غالباً يدع للانتان منفذاً فيه ٠

وذكر (تروفرت) نقلاً عن (كليان) ان الحفرة فوق اللوزة هي أثر للشق الغلصمي وانها كناسور اعور ولادي باطن وانها تقابل الخراجات قرب اللوزة التي سماها (فالاس) الفلغمونات الظاهرة حول اللوزة لمور وبرونل ٠

الشكل السريري

لخراج البلعوم الجانبي شكلان سريريان علوي وسفلي ٠

الشكل العلوي : يقابل الشكل الذكور الفلغمون حول اللوزة الظاهر (لمور وبرونل) الذي مر ذكره آنفاً ويختلف تكونه حسب الاسباب .ولكنه يبتدئ بعلامات عامة تظهر دفعة واحدة وهي : الحمى ، والعرواء وتوعك المزاج والصداع التي يعقبها بضع علامات اخرى نقسمها قسمين وظيفية وطبيعية ٠

العلامات الوظيفية : تقسم العلامات الوظيفية ايضاً قسمين موضعية وعامة بما ان فلغمون البلعوم الجانبي ينشأ من الانتان فوق اللوزة غالباً كان ألم الحلق من العلامات الموضعية المتغلبة وبما ان الخناق يتصف بالعلامة نفسها كان التباس احد المرضين بالآخر كثير الوقوع غير ان بعض الصفات كافية لتمييزها

فان الألم شدّ في الفلغمون مما هو عليه في الخناق والخناق يشمل الجانبين بيد ان الفلغمون ينحصر في جانب واحد ومتى عمّ الجانبين اصاب الاول قبل الثاني وكانت بين الاصابتين فترة يشعر بها المريض نفسه .

واما تشوش الصوت وعودة السوائل من الحفرتين الانفيتين فلا يظهران الا في الادوار المتأخرة من الخناق وينجمان من شلل الحفاف . بيد انهما في الفلغمون فوق اللوزة مبكران في الظهور وسببهما صعوبة الحركة او تعذر اجراء الحركات الآلية او التهاب عضلات العضو المذكور .

وانقباض الفكين في فلغمون البلعوم الجانبي سريع الظهور غير انه لا يمنع الطبيب المستقصي من الاستقصاء في تجويف الفم والمريض المصاب بالفلغمون يشخر ليلاً ويسيل لعابه من الفم ويتحاشى التكلم اجتناباً للألم الشديد .

واما العلامات العامة فهي ارتفاع الحمى حتى (٣٩ — ٤٠) والهذيان ، والتشنجات في الاحداث ، وخسوف الوجه ، والوهن وجمود الجسد تحاشياً للألم وصغر النبض وتقطعه في الحالات الوخيمة .

العلامات الطبيعية : متى فحصت الارجاء المجاورة لتجويف الفم ولاسيما ما تحت زاوية الفك ظهر الالم فيها لأقل لمس والتعجن الباطن فيها نادر وبدت العقد البلغمية منتبجة في الغالب وقد لا تنتج .

ومتى فتح الفم ودقق فيه بدا التورم في الحفاف فوق اللوزة وظهرت اللوزة مندفعة نحو الطرف السالم بسبب تراكم الصديد في القسم الجانبي للبلعوم وفي الفسحة الجانبية للمسكن الحشوي . وقد يصعب على الطبيب مس القطعة المؤوفة بسبب اشتداد الألم فيتعذر عليه اثبات التموج بصورة واضحة في جحج (تروفرت)

جرياً على رأي (سبيلّو) اجراء البزل الاستقصائي لكشف الصديد ·

سير المرض : اذا اهملت خراجات البلعوم الجانبية العلوية الناشئة من الحفرة فوق اللوزة وتركت وشأنها انفتحت في الحفرة فوق اللوزة وبما ان الفوهة التي تنفتح من تلقاء نفسها لا تكفي ينكس الخراج ثانياً وتعاود العلامات الموضعية والعامة المريض ·

واما الخراجات الرضية المنشإ فتخرب صفاق البلعوم وتنتشر الى المساكن المجاورة وتنفتح على الجلد او تنتشر الى قسمه السفلي — وهو الأرجح — وتحدث الفلغمون الرقبي العميق الذي يتصف بعسر البلع والتنفس المستمرين اللذين تتخللهما فواصل تشتد فيها التشنجات المثبتة لوجود الوذمة العفنية في الحنجرة

الشكل السفلي : الفلغمون الرقبي الباطن الذي ينشأ من انتشار الخراج الجانبي للبلعوم الذي اهمل امره غالباً ·

اسباب المرض : ينشأ هذا الفلغمون في الغالب من رضوض اعضاد البلعوم بالاجسام الغريبة او في اثناء استخراجها او حين الاستقصاء اذا لم يجره الطبيب وفقاً للفن ولربما يحدث هذا الفلغمون من الصديد الذي يستولي على المسكن الحشوي والناجم من تقيح الجسم الدرقي او من التهاب الغضروف الحلقي

العلامات المرضية : — تقسم الى علامات عامة ووظيفية وطبيعية ·

العلامات العامة : هي الحمى التي تبلغ (٤٠°) وتموج موجات عظيمة والرعدة ، وسوء الحالة العامة ، وخسوف الوجه وازرقاق ما حول الشفتين ، وخلبة التنفس وارتجاجه ، وتشوش النبض ·

العلامات الوظيفية : هي صعوبة البلع والنفس وقد تفضي صعوبة البلع الى

الامتناع التام وتنشأ صعوبة النفس من وذمة الحنجرة التي تبتدىء اولاً في الشهيق مصحوبة ببضع نوب اختناقية تشتد اشتداداً تدريجياً ويظهر السحب ثم يستولي على زمني الشهيق والزفير فيشتد السحب ايضاً ويبدو الصوت الصوري وتشتد نوب الاختناق فتفضي الى الموت غالباً ·

العلامات الطبيعية : يظهر في العنق ألم وتعجن عميق في مقدم الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية وفي انسي أوعية العنق ومتى كان المجمع جسيماً بدا متوتراً وشعرت اصابع الطبيب الماسة بكتلة صلبة عميقة ·

واذا تمكن الطبيب من اجراء القرع ايضاً ظهر الصوت الطبلي ومتى استقصى في البلعوم والحنجرة — ويجب اجراء هذه العملية بتأنٍ وتؤدة لانها قد تسبب تشنج المزمار والغشي المميت — ظهر انتباج وذمي احمر اللون في الميزابة البلعومية الحنجرية وارتشاح وذمي عفني حاد في محيط فوهة الحنجرة ·

سير المرض : اذا ترك هذا الشكل وشأنه كان انذاره وخيماً لان انشقاق الخراج من تلقاء نفسه وانفراغه في الطرق الطبيعية لا يكفي للشفاء بل يعرض المريض لعوارض خطرة فاما ان يفضي الانشقاق الى الاختناق الآني او التالي العفني فتظهر في المريض بسبب ابتلاع المواد العفنة ونفوذها في طرق النفس ذات الرئة والقصبات او غنغرينة الرئة ·

وكثيراً ما يتبع الفلغمون الجانبي للبلعوم السفلي طرقاً طبيعية اخرى فينتقل الى المنصف عن طريق المسكن الحشوي ويستولي على النسيج الخلوي المحيط بالمريء فعلى النسيج الخلوي للمنصف ويفضي الى الموت السريع بعفونة الدم الفائقة الحدة ، او بالاختناق ، او بالغشي الناجم من نهي القلب ·

واما اذا سنحت الفرص واجري التوسط الجراحي فالشفاء كثير الوقوع ومهما يكن فان الشفاء تابع لشدة سمية العامل الانتاني ولمقر الانتان ·

نظرة عامة في انذار الخراجات الجانبيـة للبلعوم : — لخراجات البلعوم الجانبية انذار وخيم في الغالب غير ان هذه الوخامة تختلف بحسب الانواع وسمية العامل الانتاني ومقر المجمع الصديدي · فالانتانات الناجمة من المكورات العقدية واللاهوائية تمتاز بميلها الى الانتشار لشدة تخريبهـا · وقـد اثبت التجارب ان تعيين موقع المجمع الصديدي صعب للغاية حتى ان امهر الجراحين يجزون شقوقاً عديدة كبيرة دون أن يصلوا بها الى نتيجة حسنة يهتدون بها الى موقـع المجمع الصديدي الامر الدال على ضرورة اجراء البزل الاستقصائي توصلاً الى تعيين موقع الصديد ·

وصفوة القول ان كل فلغمون من الفلغمونات الجانبية الحشويـة اذا ترك وشأنه وخيم الانذار وان الفلغمون الذي يفتح ويخفض تخفيضاً واسعاً يشفى في الغالب ويستثنى من ذلك الفلغمون المنتشر الغنغريني الذي يمتـاز بانذاره الوخيم دائماً · « للبحث صلة »



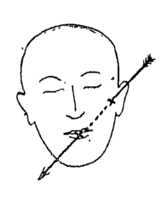
اربع وعشرون حادثة كسر الفكين برام ٍ نارية
(٢)

للحكيم غوستاف جينستاي احد اساتذة شعبة طب الاسنان
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

المشاهدة العاشرة : ش

جرح في ٢٥ نيسان سنة ١٩٢٦ دخل المستشفى في ٢٨ منه

التشخيص — كسر الفك السفلي في الرأد (الشعبة الصاعدة) الايسر برم ٍ دخل حذاء الناحية النكفية وخرج حذاء الشفة السفلى التي شقت شقاً خفيفاً . وقد احدث المرمي تلماً في الفرجة ما بين الابهام والسبابة .



الرسم — ١٠

وكانت جميع الاسنان من الناب الايمن السفلي حتى الناب الايسر السفلي مكسورة ولم يكن في الفك السفلي تبدل يذكر . وكان يتحرك من تلقاء نفسه بدون ألم وقد اظهر الرسم الكهربي :

١ — كسراً في الرأد الايسر عند منتصفه وكان خط الكسر مائلاً من الوحشي الى الانسي ومن العالي الى الاسفل ومن الامام الى الوراء وكان الكسر مشظى

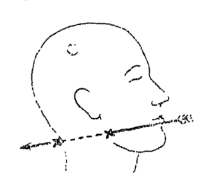
٢ — كسراً مشظى عند الوصل لم ينتبه اليه في البدء .

المعالجة — غسل الفم ، انتزاع الشظايا العظمية وكسرات الاسنان . ان حالة العظم الحسنة (نعني بذلك بقاء العظم مكانه دون تبدل) والصعوبة التي كنا نلاقيها في صنع جهاز مثبت لهذا الكسر المثلث القطع لان الوسائط لم تكن متوفرة لدينا اضطرتانا الى الاكتفاء بتثبيت الفك برباط و بارساله الى بيروت في ٦ ايار

المشاهدة الحادية عشرة : أ — جرح في ٢٥ نيسان ودخل المستشفى في ٢٩ منه

التشخيص — خزام في الفك الايمن والعنق برم ٍ ناري دخل في الامام عند زاوية

الفك السفلي اليمنى وخرج من الوجه الجانبي الايمن للعنق تحت الخشاء وخلفه . لم تكن علامات كسر الفك مرئية غير ان المريض كان يشكو ألماً حين جس الزاوية وانزعاجاً حين المضغ .



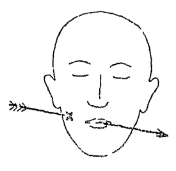
الرسم — ١١

٣ — ايار — رسم المريض فظهر كسر متداخل غير متبدل في زاوية الفك السفلي اليمنى و بدت شظايا حرة وكان العظم قد اضاع بعض اقسامه

المعالجة — تضميد بسيط لوقاية الثقبين النقطيين من التلوث ولضبط الفك ، تغذية بالسوائل

٦ ايار — نقل الى بيروت

المشاهدة الثانية عشرة : م . جرح في ٣١ ايار سنة ١٩٢٦



الرسم — ١٢

دخل المستشفى في ٩ نيسان

التشخيص — كسر الثنية والرباعية والناب والضاحكين والرحى الاولى السفلى اليمنى والثنية والرباعية السفليتين اليسراوين برم ناري دخل الخد الايمن حذاء الرحى الاولى اليمنى السفلى وخرج من فوهة الفم .

وكانت فوهة الدخول نقطية ولم تظهر تشوشات وظيفية او تشريحية في الفك

المعالجة — غسل الفم بفوق منغناة البوتاس — تغذية بالسوائل .

١٥ — نيسان ١٩٢٦ — رسم فاظهر الرسم كسراً في الفك السفلي عموداً تاماً على الضاحك الاول — استخرج جذر هذا الضاحك الغارز في مركز الكسر

١٦ — منه — وضعت قوس معحلقات على الرحى الثانية اليمنى السفلى والرحى الاولى اليسرى السفلى وربطت الاسنان السليمة

٢٠ منه — ارسل الى بيروت .

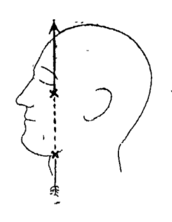
المشاهدة الثالثة عشرة م . جرح في ١٣ ايلول سنة ١٩٢٦ برمي (لا بل) في دمشق وهو يحاول الانتحار . ودخل المستشفى في ١٤ منه

التشخيص — ١ً كسر تام متشظى في الشعبة الافقية اليسرى للفك السفلي ممتد منذ الضاحك الثاني الايسر السفلي حتى الرحى الثالثة اليسرى السفلى وتفتت الاسنان المعترضة بينهما وكانت القطعة الاساسية منحرفة الى الزاوية اليسرى محدثة تشوهاً في الفم والقوس السنية واختلالا في الانطباق •

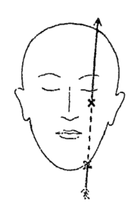
وكانت الناحية المرضوضة متورمة تورماً شديداً وعجز الفك المشوه تاماً والالعاب غزيراً

٢ — كسر حافة الفك العلوي السنخيـة اليسرى بين الناب الايسر العلوي والرحى الثانية العليا اليسرى وانكسار الاسنان الواقعة بينهما •

اما ثقبا الجلد فنقطيان وكانت تبدو حذا الغشاء المخاطي الفموي في النقطة التي اصيب



الرسم — ١٣



الرسم — ١٣ً

بها الفك السفلي بعض الشظايا ولم يكن نزف •

لم يرسم المريض لان الالة كانت مخربة •

المعالجة — ١٥ ايلول ١ً — تنظيف جوف الفم بمحلول دكان الممدد • ٢ً — تنضير الاقسام السطحية من غشاء مخاط الفم وانتزاع الشظايا الحرة المرئية • ٣ً — وضع مشد مطاط من الناب الايسر السفلي الى الرباعية اليمنى العليا لكي يعود جسم الفك الى وضعه الطبيعي • تغذية بالسوائل ، وغسل الفم مرات متعددة كما هي العادة

١٩ — ايلول — ربط الفكان بخيوط شبه (برونز) بعد ان عاد الانطباق طبيعياً • غير ان الجريح كسر الخيوط في اليوم الثاني وعاد التبدل الى ما كان عليه • فاعيد الربط واعاد الجريح عمله فقطع الخيوط ايضاً بعد ثلاثة ايام • وقد استمر الجريح على عمله رغم التهديد والوعيد لان عقله كان ضعيفاً فكان يقطع الربط سراً بما يقع تحت يديه من الادوات ويأكل

جميع انواع المواد الصلبة •

٢٠ — تشرين الاول — وضعنا ميزابتي فضة مسكو بتين فيهما محجنان لربط الاسلاك أملا بان نثبت الفك تثبيتاً اشد غير ان الجريح كان يأتينا في كل صباح وفكه متقلقل — فلم يندمل الكسر والحالة هذه غير ان العراقيل لم تطرأ ايضاً على الجريح وقد كادت القطع القليلة التحرك تندمل وكان الوصل منحرفاً الى اليسار

ان مريضاً كهذا أحق بان يكون في شعبة الامراض الروحية من ان يكون في شعبة طب الاسنان • ولهذا ارسلناه الى بيروت في ٣ تشرين الثاني فلم يتمكن اخونا فاليكس جيانستاي من الحصول على نتائج احسن •

المشاهدة الرابعة عشرة بدري • • جرح في ١٥ ايار في السويدا •

دخل المستشفى في ٢٠ منه

التشخيص — كسر في الرأد الايسر للفك السفلي • دخل المرمي في الناحية الوجنية اليمنى وخرج من الناحية النكفية اليسرى • لم ننتبه للكسر اولا لانه لم يكن تبدل في الفك ولكننا شخصناه بالحركات غير الطبيعية وبصعوبة المضغ وكان يشعر الجريح بألم حين جس الناحية المكسورة

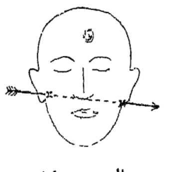
المعالجة — غسل الفم • تغذية بالسوائل

٢٥ منه — قلعت الاسنان ، تكون ناسور لعابي عند فوهة خروج المرمي استخرج الضاحك الاول الايمن للتغذية وتنظيف الفم

٢٦ منه — ربط الفكان احدهما بالاخر ، وغسل الفم مرات عديدة في اليوم • تغذية بالسوائل

٧ — حزيران — نقل الى بيروت وهو في حالة حسنة •

تبين الرسم الامامي كسراً تاماً في الرأد عند منتصفه مع انحراف القطعة العليا الى الوحشي — والرسم الجانبي أظهر ان خط الكسر شبيه بحرف M الكبير ولم يكن تبدل حسب الاتجاه الامامي الخلفي • وكان يخيل ان قطعة مثلثة قد تكونت من حافة العظم الخلفية •



الرسم — ١٤

المشاهدة الخامسة عشرة : ١ ك ٠ ٠ جرح في ٢٨ ايار في جبل الدروز بمرمٍ وهو يحاول الانتحار دخل المستشفى في ٢٩ ايار وقد نقل بالطيارة

التشخيص — كسر الفك السفلي ، جرح الشفة العليا جرحاً كبيراً كان يبدو منه اللدان وطرفا الفك المكسور في اليمين واليسار وكانت الاسنان الواقعة بين الرحى الثانية اليمنى السفلى والضاحك الثاني الايسر السفلي جميعها مكسورة مع الفك الغارزة فيه .

المعالجة - ٢٩ ايار ١٩٢٦ خياطة الاقسام الرخوة — غسل الفم

٣ — حزيران ـ انفصال الخياطة ، انفراج الجرح ثانية وانصباب مادة مصلية مدممة غزيرة نتنة الرائحة . غسل الفم مرات عديدة بمحلول دكان وتغذية بالانبوب ، تضميد الجرح مرتين في اليوم (انظر الى الرسم ١٥ ـ أ) قطع مقدار عظمي كائن في القطعة اليسرى

٨ — حزيران ـ فصلت اللوحة الباطنة للقطعة نفسها على بعد سنتمترين وقد تركت مكانها سطحاً مبرعماً .



الرسم — ١٥

أ ب ج

١٦ — حزيران ـ وضعت ميزابة فضة مصبوبة ومطاط لضبط القطع المنفصلة وابقائها في وضع حسن وامتلاء مكان الفراغ . أخذ انطباع القطعتين فبدت صعوبات شديدة ، غطيت الرحى الثانية اليمنى السفلي والضاحك الثاني والرحى الاولى والرحى الثانية اليسرى وما بقي

من القنزعة امامها بقطعة فضة مصبوبة وقد جعلت لكل من قطعتي الفضة استطالة من الميشور (maillechort) منعكفة كالقوس المخروبة . وان تحرك هاتين الاستطالتين المتراكبتين اي تقاربهما وتباعدهما كان كافياً لتقريب قطعتي العظم او تبعيدهما . وبعد ان جعلت قطع العظم في وضع حسن ثبتت بقطعة مطاط مكبرت حجمها وارتفاعها كحجم وصل الفك المفقود وارتفاعه . وقد خفف هذا الجهاز ألم الجريح ومنع فكه عن ان يتخذ منظر فك الحية

٣٠ـ حزيران — قذفت شظية كبيرة مؤلفة من اللوحة الظاهرة لقطعة العظم اليسرى وكانت براعم لحمية قد غطت العظم وراءها وكان الجريح مصاباً بالتقيح السنخي السني واسنانه متقلقلة .

وقد اعتنينا بها اعتناء شديداً فقلحناها وحشونا النخر الكائنة فيها وغسلنا اللثات بالمحاليل المطهرة وطليناها بزرقة المتلين المئوية . وكنا نغسل الفم مرتين في اليوم بمحلول داكان المخفف ، فبدأت الاقسام الرخوة بالتقارب تدريجياً وبتغطية قطعة المطاط وكان اللعاب ينصب من اسفل الجروح . (انظر الرسم ب)

٩ـ تموز — اجريت للمريض عملية جراحية لتصنيع الذقن والشفة السفلى بثلاث شريحات مع ابقاء الجهاز الفكي في مكانه وقد أجرى هذه العملية الحكيم الماجور ميشيل بالتخدير الموضعي .

٣٠ـ منه — تكون ناسور صغير في مكان اتصال الشريحات كان اللعاب ينصب منه .

٢٤ـ منه — صنع للمريض جهاز أخف

٢٨ـ منه — كان الفك العلوي قد اضاع بعض اسنانه فصنعنا له جهازاً من المطاط المكبرت .

١٥ـ آب — امتلأ الناسور بعض الامتلاء غير ان الندبة القصيرة كانت تشد الى الاسفل الشفة السفلى حتى ان منظرها عاد مشابهاً للرقم ٧

تحسنت الحالة العامة ، زاد وزن الجريح . (انظر الرسم ج)

٦ـ تشرين الاول — ارسلنا الجريح لضيق المكان الى بيروت قبل ان نصلح شفته السفلى . ان الرسوم الثلاثة تبين الادوار الثلاثة التي مر بها الجريح .

٢ً — الكسور الجزئية

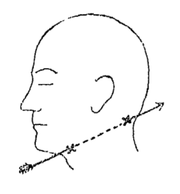
المشاهدة السادسة عشرة : ل · جرح في ١٧ اذار سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في اليوم نفسه ·

التشخيص — ١ً — خزام في الناحيـة السباتية اليسرى برم دخل حذاء القسم المتوسط للفك السفلي عند حافته السفلى وخرج تحت الخشاء الايسر ·

٢ً — جرح رضي في الناحية الجدارية اليسرى سببه السقوط ·

٣ــ بتر الوسطى بتراً ناقصاً بالمرمي الذي اطلق عليه عن بعد بضعة امتار · ثقبة الدخول نقطية وفوهة الخروج بحجم الجوزة ، الناحية متورمة توزماً شديداً · لم نجد علامات دالة على انكسار الفك ولا على انقطاع الاوعية والاعصاب ·



الرسم ــ ١٦

دل الرسم الكهربي على كسر في الحافة السفلى امام الزاوية اليسرى وان الكسر مشظى وان العظم قد اضاع بعض اقسامه ·

المعالجة ــ ١ً ــ دل الاستقصاء في جرح الجمجمة انه لا كسر فيها ·

٢ ــ تنضير فوهة الخروج واستخراج بعض الشظايا الواقعة في مجرى المرمي وضع خصلة شعر لتحفيض الجرح ·

٣ً — تثميم المفصل السلامي للوسطى وقطع رأس المشط

ارسل المريض في ١٤ نيسان ١٩٢٦ الى بيروت وحالته حسنة جداً ·

المشاهدة السابعة عشرة : احمد جرح في ٣١ اذار سنة ٩٢٧ أ في حرمون دخل المستشفى في ٩ نيسان

التشخيص ـ خزام برم دخل حذاء زاوية الفك السفلى اليمنى وخرج من العنق امام القصبة الخشائية اليسرى

فوهة الدخول والخروج نقطيتان · لم تبدُ ولا علامة مرضية دالة على انكسار الفك بل كان المريض يشكو اعراضاً عصبية : تباين حجم الحدقتين الحدقة اليمنى اكبر من



اليسرى ، خذل (parésie) في العضد الايمن ، انقطاع الصوت ، مع ان المرمي لم يكن قد اصاب العمود الفقري ولا ضفيرة العنق ولم يصب المريض بنفث دموي ولا بألم حذاء الحنجرة . وكانت الافعال المنعكسة طبيعية .

الرسم — ١٧

الرسم الكهربي — أظهر كسراً جزئياً في ناحية الزاوية اليمنى بدون تبدل .

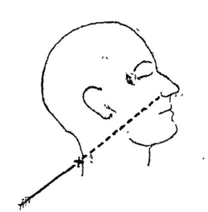
المعالجة — عولج الخزام بالتضميد المضاد للفساد فقط ولم تجر معالجة خاصة للفك . ارسل المريض في ٢٠ حزيران إلى بيروت بعد ان تحسنت حالته العصبية واستعاد طرفه العلوي بعض وظيفته .

٣ — كسور الفك العلوي

المشاهدة الثامنة عشرة : ج . . جرح في ٢٠ آب سنة ١٩٢٦
دخل المستشفى في ٢١ منه

التشخيص — دخل المرمي في النقرة الى يمين الفقرة السابعة العنقية على بعد سنتمتر ونصف السنتمتر من خط النواتيء الشوكية وسار حتى التلم الانفي الذقني الايمن . فاستقر تحت الجلد . بدا بالفحص كسر في حافة الاسناخ الخلفية للفك العلوي الايمن وانكسار الضاحك الثاني والرحى الثانية اليمنى العلوية وقد جرح الجدار الوحشي للجيب وكانت تسيل من الانف الايمن مادة مدممة

المعالجة — ٢٤ آب سنة ١٩٢٦ ا . استخراج المرمي بعد التخدير الموضعي ، غسل الفم بمحلول دكان المخفف ،



الرسم — ١٨

تنظيف جرح الفم مرتين في اليوم وطليه بمحلول زرقة المتابين المئوية، تنظيف الانف، تغذية بالسوائل

٢٨ آب — نزع كيارات العظام والاسنان في ناحية الرحى الثانية والرحى الثالثة اليمناوين العلويتين .

١٨ ايلول — نقل الى فرنسة وكان جرح فمه قد قارب الاندمال .

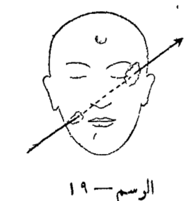
المشاهدة التاسعة عشرة : ش ٠٠ جرح في ٢١ تموز سنة ١٩٢٦ في الغوطة دخل المستشفى في اليوم نفسه .

التشخيص — دخل المرمي على بعد سنتمترين من العوار الايمن وخرج قرب ذنب الحاجب الايسر فاحدث :

١ً — كسراً في الحافة السنخية العليا اليمنى واتلف الضاحكين والرحى الاولى العليا اليمنى وحفر تلماً في الحنك .

٢ً — كسر العظم الوجني الايسر وتخريب الحافة الوقبيـة الظاهرة اليسرى ونجر العين اليسرى .

المعالجة — ٢١ تموز سنة ٩٢٦ — كان الجريح مصاباً بصدمة فحقن بالزيت المكوفر



الرسم — ١٩

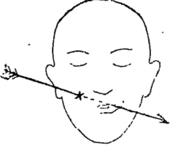
ثم خدر تخديراً عاماً واستئصلت عينه اليسرى واستخرجت الشظايا العظمية من العظم الوجني ومن الحافـة الوقبية ورمم جفنـا العين اليسرى (الحكيم الماجور ميشيل) وغسلت الناحية في الايام التالية غسلاً غزيراً بمحلول دكان المخفف وطهر المنخران بالزيت الغومنولي . وغذي بالسوائل . وقد استخرجنا في قاعة طب الاسنان كسارات الاسنان وشظايا من جرح الفم . فلم يلبث الجيب الفكي الايسر ان عاد مقراً لتقيح غزير كان ينصب من الانف وجرح الحنك وقد خفّ هذا التقيح بالغسل المتكرر .

٢٠ آب — خرجت شظية من ثقبة الدخول . خفت الاعراض الالتهابية خفة تدريجية وشفيت ثقبة الدخول وجرح الحنك .

٢٥ ايلول — ندب جرح الوقب ندباً تاماً دون عرقلة

٢٨ منه — ارسل الى بيروت لوضع عين اصطناعية .

المشاهده العشرون : مصطفى . . جرح في ٢٦ تموز سنة ١٩٢٦ دخل في اليوم نفسه ، دخل المرمي وحشي التلم الانفي الذقني الايمن وخرج قرب الصوار الايسر .



الرسم — ٢٠

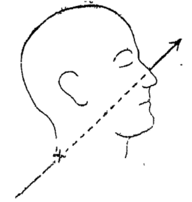
التشخيص — تفتت حافة الاسناخ اليمنى مع سلامة الرحى الثانية والرحي الرابعة اليمناوين العلويتين وكسر الحنك من الجهة اليسرى وحافة الاسناخ اليسرى وجرح اللسان وتمزق الصوار الايسر وفتح الجيب الفكي الايسر .

المعالجة — خيط الخد والشفة ، نظف جرح الفم واستخرجت كسارات العظم والاسنان ، غسل بمحلول دكان .

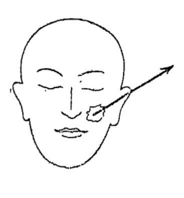
٢٣ تموز — فكت الغرز ، علت حرارة الجريح منذ اليوم الثاني واصيب بالتهاب القصبات والرئة فعولجت معالجة عادية وتلا هذا الالتهاب خراج الرئة وانصباب قيحي غازي في الجنب فعولج معالجة دوائية في البدء ثم اجريت له معالجة جراحية في ٣١ آب فقطعت بعض اضلاعه وشق غشاء الجنب وحنض

٣ ايلول سنة ١٩٢٦ — وفاة

المشاهدة الحادية والعشرون : مصطفى . . جرح في ٢٥ نيسان دخل في ٢٩ منه



الرسم — ٢١



الرسم — ٢١

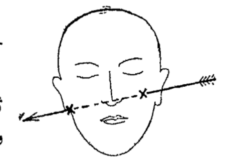
التشخيص — كسر متعدد القطع في الفك العلوي الايسر برم ، دخل من العنق خلف القسم المتوسط من القصبة الخشائية اليمنى وخرج تحت العظم الوجني الايسر . ثقبة الدخول

نقطية ثقبة الخروج بحجم نصف الغرش السوري ، تخرب الضاحكين والرحى الاولى اليسرى العليا وضياع بعض اقسام العظم عند الضاحك الثاني والرحى الاولى الايسر بين العلويين

المعالجة — استخراج كسارات الاسنان والعظم الحرة ، غسل بمحلول دكان المخفف طلي بزرقة المتلين المئوية ، تغذية بالسوائل نقل الجريح الى بيروت لازدحام المستشفى .

المشاهدة الثانية والعشرون : ل . جرح في ٣١ اذار دخل في ٩ نيسان

التشخيص — جرح ثاقب في الوجه برم دخل عند الناحية الوجنية اليسرى وخرج حذاء الخد الايمن بعد ان ثقب الفكين العلويين .



تورم حذاء ثقبتي الدخول والخروج النقطيتين خلو الجريح من التشوشات الوظيفية

الرسم الكهربي — يبين مجرى معترضاً كأنه ثقب بالمثقب في القسم المتوسط للفكين العلويين و بعض شظايا قرب فوهة الخروج بين الفك العلوي ورأد الفك السفلي

الرسم — ٢٢

المعالجة — استراحة ، تطهير الانفين ، نقل الجريح الى بيروت بعد قليل

« للبحث صلة »

مداواة السرطان بالاسرب

اجرى ب . جيرار عدة تجارب في الحيوانات فطعمها بالسرطان وداواها بالاسرب فبدا له ان يونات الرصاص تكثر في البدء خلايا النسيج المصاب فتكثفه وتعيده قرنياً ثم لا يلبث ان ينحل و يزول . فاذا طعم الحيوان مرة ثانية فسد الطعم . ان تجارب جيرار تشجع الباحثين على ايجاد مركب إسربي عضوي يفيد في مداواة السرطان الكيماوية

ش . م . ش .

نظرة عامة في معالجة توسع القصبات

للحكيم حسني سبح رئيس السريريات الباطنة

نشر حضرة الزميل الفاضل الحكيم شوكة موفق الشطي في الجزء الثامن من المجلد الرابع من هذه المجلة الزاهرة مقالة عن مداواة توسع القصبات جاء فيها على ذكر المعالجة العرضية فقط فرأيت اتماماً للفائدة ان اذكر بهذه العجالة ما وصلت اليه المعالجة الحديثة من الوجهتين الطبية والجراحية مبتدئاً بلمحة قصيرة عن الاسباب والتشخيص اللذين ترتكز عليهما المداواة

الاسباب . — من الاسباب المهمة التي عرف تاثيرها الشديد في احداث توسع القصبات الاختلالات العميقة الطارئة على اعضاد القصبات واننا نذكر منها عدا العفونات العادية والسل ما يلي :

١) سواد الرئة (anthracose) الذي قد يحدث التهابات القصبات فتوسعها المنحصر او المتسع كما انه قد يكون سبباً في انسداد القصبات الكبيرة

٢) موات الرئة المتكرر او الذي شفي شفاءً ظاهراً قد يستقر احياناً في اعضاد القصبات فيفضي الى توسعها . وتشخيصه دقيق . وقد تعترض سير توسع القصبات هجمات موات الرئة فتصعب معرفة ما اذا كان الموات المذكور بدئياً او ثانوياً .

٣) قد يكون توسع القصبات في الكهل ولادياً فيبقى مدة مديدة خفياً لا يبدي اي عرض ثم يظهر اثر انتان خفيف في الرئة او القصبات . وتوسع القصبات في الاطفال كثير الحدوث اثر التهاب القصبات والرئة .

التشخيص : — قد يشتبه بتوسع القصبات قبل ظهور اعراض الكهف الكاذبة . فظهور هذه الاعراض مع القشاعات الغزيرة يسهل التشخيص .

ذكر هوتينال (J. Hutinel) في اطروحته بعد ما درس مشاهدات عديدة عن توسع القصبات امراً يستلفت النظر . وهو ان توسع القصبات في المرضى قد يكون منذ مدة مديدة فيهم قبل ان تظهر اعراضه المعلومة . وقد استنتج من المشاهدات المذكورة النتيجة الآتية :

يصعب تعيين مبدإ المرض . ولكن الاشخاص المصابين يذكرون ان هجمات التهاب القصبات الحادة كانت تنتابهم من وقت لآخر فكانت تعتريهم حمى وزلة ونفث قيحي مخاطي غزير واعراض الكهف الكاذب . والامر الذي يدعو الى الاشتباه بتوسع القصبات في هجمات كهذه خلو التفلات من عصية كوخ بعد فحصها مراراً وغزارتها .

اما هذه الهجمات فكانت تسمى اسماءً متعددة : تارة التهاب القصبات الحاد ، وطوراً التهاب الرئة الشاذ او احتقان الرئة او السل السريع بسبب نفث الدم الذي يعرقل توسع القصبات .

تستمر هذه الهجمات الحادة بضعة ايام تفصلها فترات مختلفة المدة خالية من الزلة والحمى تقل فيها التفلات وقد تظهر بالفحص اعراض الكهف الكاذب .

هكذا تتوالى الهجمات حتى يأتي يوم تصبح فيه الهجمة اشد وتزداد الاعراض وتستمر فتكتمل اعراض توسع القصبات المعروفة .

يستنتج مما ذكر ان توسع القصبات يمرّ بادوار فيكون اولاً نوبياً ثم لا يلبث ان يعود ثابتاً .

وسير توسع القصبات هذا معلوم في أمراض الاطفال ويكاد يكون مجهولاً في الكهول .

واننا نكرر ما قلناه عن صعوبة تشخيصه في البدء غير انه يترتب علينا ان نفكر فيه كلما حدثت طوارئ رئوية حادة وقشاعات قيحية غزيرة ليس فيها عصية كوخ رغم الفحوص المكررة بجميع الطرق وبتلقيح القبعة بها .

وان الهجمات الحادة التي ذكرناها آنفاً في سوابق المريض برهان دامغ على توسع القصبات .

هذا من الوجهة السريرية اما الفحص الشعاعي فانه يسهل التشخيص ويثبت توسع القصبات ولا سيما اذا حقنت القصبات بالليبيودول (lipiodol)

المعالجة : نوعان طبية وجراحية .

المعالجة الطبية : ان لهذه المعالجة تأثيراً حسناً في الشكل الحاد والهجمات الحادة وهي قسمان شافية وواقية .

المعالجة الطبية الواقية : تعالج بها التهابات القصبات والرئة الطويلة المدة وترتكز هذه المعالجة على الاسس الثلاثة الآتية :

١) منع مفرزات القصبات عن الركود وتسهيل القائها وتبديل حالة الغشاء المخاطي وتستعمل توصلا الى هذا العلاجات المنفثة طوراً والعلاجات المجففة للمفرزات اخرى والمبدلة للغشاء المخاطي . فمن الاولى عرق الذهب والمركبات التي يدخل هذا العنصر فيها كمسحوق دوفر وسواه ومن الثانية المركبات البلسمية .

٢) تطهير القصبات اذا امكن او تخفف وطأة الجراثيم : ولدينا واسطتان تمكناننا من ذلك :

مضادات التعفن كالغومنول الذي يفضل سواه ويستعمل حقناً تحت الجلد فيحقن من محلوله الزيتي العشري بـ ٥ — ١٠ سم ٣ او حقناً في الرغامى .

واللقاحات التي يجب استعمالها في التهاب القصبات والرئة المديد (كاللقاح الذاتي او اللقاح الجاهز) .

٣) تسهيل فعل الاستدماء ، اجتناب تعب القلب وتقوية الحالة العامة وذلك باجراء التمرنات التنفسية بالمستنفس (spiro scope) وبالارغوتين وعرق الذهب اللذين يعدان من افضل مقويات عضل القصبات . وللزرنيخ والستركنين تأثير حسن في تقوية الحالة العامة .

المعالجة الطبية الشافية : من الحالات المحدودة ما هو مسبب من الافرنجي فتؤثر فيه المعالجة النوعية تأثيراً حسناً اذا تمكن الطبيب من تشخيص التوسع في دوره البدئي وتفضل المواد الزرنيخية البزموت والزئبق في هذه الانواع ولا تأثير للمعالجة الطبية في سوى ذلك . واذا طبقت فانما تطبق لاجتناب العراقيل الانتانية : موات الرئة الهزال او عسر الانقباض .

وقبل ان ننهي المعالجة الطبية لا بد لنا من ذكر طريقة جديدة مارس تطبيقها الاطباء الجرمانيون وذكروا لها الفائدة المحسوسة ليس في معالجة توسع القصبات فحسب بل في سائر التقيحات القصبية الرئوية غير السلية اعني بها المعالجة بالعطش (la cure de soif) او طريقة سنجر (Singer)

ذكر هذا الطبيب النمساوي منذ خمس عشرة سنة طريقته هذه وسميت باسمه وهي تقوم بان يتناول المريض الغذاء الوافي حسب رغبته وعادته ولا يسمح له بتناول اكثر من ٢٠٠ — ٤٠٠ سم ٣ من السوائل في اليوم . ويدخل في هذه

الكمية ما يتناوله المريض من اللبن والحساء وسائر المشروبات . واذا تعذر على المريض احتمال العطش سمح له بمص الليمون او البرتقال او الليمونيات (ليموناضا) ويجب والحالة هذه ان يقلل الملح في الطعام قدر المستطاع . او يكافح العطش في بعض الاحوال باعطاء المريض بعض المخدرات الموضعية المحلاة فيمصها او قليلاً من الافيون .

وبعد ان يلازم المريض هذه الحمية ثلاثة ايام يسمح له بتناول ١٢٠٠ الى ١٥٠٠ سم٣ من السوائل يوماً واحداً ثم يعود الى الحمية الجافة ويثابر على هذا النظام ٢ – ٦ اسابيع مع السماح له بيومي شرب في الاسبوع فتهبط كمية البول في اثناء المعالجة عن حدها الطبيعي ولكنها تبقى متجاوزة الكمية السائل المسموح به بعض التجاوز ويغلب ان تقارب الكمية ٦٠٠ سم٣ وينقص وزن المريض قليلاً منذ الايام الاولى وبما ان كمية البول تنيف على كمية السائل المأخوذ فان منحني الوزن يدل على مقدار ضياع الماء ويعود للمريض وزنه متى دخل زمن النقه

وتستدعي هذه المعالجة المراقبة الشديدة والارادة القوية وكثيراً ما يألف المريض الحمية الجافة ويحتملها بصبر متى ظهرت له فائدتها .

تنقص التفلات منذ الايام الاولى من ١٠٠ او ٤٠٠ سم٣ في اليوم الى بضع عشرات من الغرامات ثم تزول تماماً وكثيراً ما تفقد رائحتها ومنظرها الصديدي

عالج بهذه الطريقة كثير من اطباء المانية والنمسة وسويسرة مرضاهم وذكروا نتائج باهرة في سائر تقيحات الرئة والقصبات كالتهاب القصبات

وتوسع القصبات وخراج الرئة .

وقد جربت هذه الطريقة في فرنسة ايضاً فكانت نتائجها مطابقة لنتائج الاطباء الجرمانيين وقد قدم غيلمه وميشو في جلسة جمعية امراض الاطفال البارزية المنعقدة في ايار الماضي ابنة في الخامسة عشرة من عمرها مصابة بتوسع القصبات عالجاها بهذه المعالجة فهبطت كمية تفلاتها من ٥٠٠ سم٣ الى ١٠٠ في اليوم الثامن والى ٢٥ سم٣ بعد شهر وتحسنت الاعراض وزالت الرائحة النتنة من القشاغات وقد عادت القشاعات بعد خمسة شهور من الحمية ١٥ سم٣ واصبحت حالتها العامة حسنة للغاية وازداد وزنها ١١ كيلواً .

والمشاهدات التي تثبت فائدة هذه الطريقة في معالجة توسع القصبات عديدة وتحمل المرضى لها امر اصبح مقرراً .

المعالجة الجراحية : — لا تستعمل الا في الاشكال الوحيدة الجانب او التي تنحصر شدتها واتساعها في جنب واحد اما الوسائط المستعملة فهي على ثلاثة انواع :

(١) الاستيهاط (collapsothérapie) او ضغط الفص المريض ويتم ذلك بثلاثة اشكال :

(أ) بالريح الصدرية الاصطناعية (pneumothorax artificiel) التي لا تأتي بالنتيجة الحسنة الا اذا كان غشاء الجنب حراً والرئة قليلة التصلب وهذا امر نادر .

(ب) اقتلاع غشاء الجنب الجداري (décollement pleuropariétal) او عملية توفيه (Tuffier) وذلك بان تقطع بضع اضلاع و يضغط الفص المريض بعد

اقتلاع غشاء الجذب بجسم شحمي ، كالبارافين أو بالون شامبتيه (ballon de champetier)

(ج) التصنيع الصدري خارج الجنب (thoracoplastie extrapleurale) عملية خطرة وقد تعطي فوائد جليلة

(٢) خزع عصب الحجاب الحاجز(phrénicotomie)او استئصاله phréni-cectomie) : عملية سهلة غير ان نتائجها ليست حسنة

(٣) خزع الرئة (pneumotomie) او عملية التحفيض (drainage) عملية خطرة وصعبة الاجراء

قطع الرئة (pneumocectomie) او قطع الفص (lobectomie) قد تفضي الى نتائج حسنة في بعض الاحوال المعينة . وتوافق ذوي البنية القوية المصابين بتوسع القصبات المحدود ولا سيما في الفص السفلي .

شفاء الثآليل بالاقناع

ب . بلوش (B.Bloch): يعتقد بلوش ان الثآليل تنجم من فوعة حية منتقلة (يادا سون Jadassohn) يفيد الاقناع في مداواتها ولهايم و بروك ونيني و بش وفيال و بونجور طرق خاصة في التلقين . وقد عالج بلوش المرضى الذين جاؤه وعددهم ٢٢٨ مدة سنتين . وها هي طريقته في الاقناع

يدخل المصاب بالثآليل قاعة المداينة وعيناه معصوبتان فيقاد الى قاعة العمليات حيث يجلس وتوضع يداه على منضدة التيار الكهربي (pantostat) فيمر بهما التيار الكهربي دون ان يمر بجسمه وتدلك ثآليله بمادة ملونة لا تأثير لها ثم يخرج المريض و يكشف عن عينيه و يوصى بان لا يمس الثآليل ولا يغسلها و يوعد بالشفاء وقد شفي من هولاء المرضى المعالجين بهذه الطريقة ٥٤٫٧ في المائة

ش . م . ش

مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريات حنا لويس فور (J . L. Faure)

« ٥ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

انحرافات الرحم

هي اكثر آفات الرحم حدوثاً

ان الرحم في الحالة الطبيعية منعطفة بعض الانعطاف ومنحرفة بعض الانحراف الى الامام

الانحرافات الجانبية — تنجم غالباً من كيس يدفع الرحم او من ارتشاح الرباط العريض الذي يجر الرحم اليه فالحذر من خلط هذا الانحراف بانحراف الرحم الجانبي في الحمل لانه طبيعي فيه وتمييز احدى الحالتين عن الاخرى يقوم بامالة المرأة (وضعة ترندلنبورغ) فاذا استقام الانحراف كان مسبباً من الحمل .

واذا لم يجل الغموض كان التربص حتى ميعاد الطمث المقبل واجباً والامتناع عن اي عملية كانت ضرورياً .

ومن الاسباب التي توقع في الخطإ وتغمض التشخيص ، الحمل الزاوي (grossesse angulaire) الذي يظن حملاً انبوبياً (gossesse tubaire) .

ان العلامة الكبرى في الحمل الزاوي هي الاختلاف في قوام قرن الرحم وجسمها . واما في الحمل النفيري فلا يختلف القوام هذا الاختلاف . ويجدر بنا ان ننتظر في هذه الحالة ايضاً حتى الشهر التالي فلعل البيضة الملقحة تستعيد مقرها في الرحم او لعل المرأة تسقط

واكثر الانحرافات التي تطرأ على الرحم هي الانعطاف الامامي (antéflexion) مع بعض انقلاب امامي (antéversion) و لانقلاب الخلفي (rétroversion) مع بعض انعطاف خلفي .

الانعطاف الامامي — هو حالة طبيعية في البنات الفتيات ومنشأه ولادي في الغالب وتصحبه تشوهات اخرى كقصر المهبل وطول العنق مع ضيق فوهة الرحم وقصور المبيض و يضيق الانعطاف الامامي مضيق المهبل فتطرأ على المثانة بعض الاضطرابات المشابهة

لذات المثانة غير ان البول يبقى صافياً و يعسر الطمث (عسر الطمث في البنات الفتيات) ويقع العقم وهو .هم هذه العوارض • هذا ما يصادف في الممارسة اليوميـة فان المرأة تأتي مشتكـية هـذه العوارض : عسر الطمث ، ذات المثانة الـكاذبة ولا سيما العقم

واحسن مداواة للانعطاف الامامي هو الحمل • فيجب اذن مـكافحة الضيق وتقويم الرحم وتوسيعها لتحمل المرأة • و يوصف ايضاً الاستعضاء فتعطى المرأة خلاصة المبيض و يجوز ان توسع الرحم بالاشنية (اللاميناريا) لانها سهلة الاستعمال غير ان بعض المحاذير قد تنجم منها فلا يسمح بوضع الاشنية والمرأة في عيادة الطبيب بل عليه ان يضعها والمرأة في بيتهـا او في المستشفى ومن الخطإ ان يسمح للمرأة بالنهوض وفي رحمها اشنية (فقد يطرأ عليهـا التهاب الحلب الحوضي) فكر البعض في صنع اشنيات مجوفة ظناً منهم ان العراقيل مسببة من انحباس المفرزات ولـكنها لم توسع الرحم توسيعاً كافياً وقد يصعب نزعها او قد تـكسر في الرحم فاهملت • واما الاشنيات المملوءة فتتسع اتساعاً منتظماً في حذاء المضيق كما في حذاء جوف الرحم ولا يجوز ان تترك الاشنيات مدة طويلة في الرحم وثلاث اشنيات كافية للتوسيع •

تبدأ الاشنية بالضخامة بعد ساعة من الزمن وتبلغ حدها الاقصى بعد ست ساعات • فاذا أدخلت مساء وتركت حتى صباح اليوم الثاني مرت عليها ١٢ ـــ ١٤ ساعة وهذا يـكفي و يستحسن ان تستريح الرحم بضع ساعات بعـد كل اشنية فاذا أخرجت الاشنية صباحاً وضعت الثانية مساء

في اليوم الاول	اشنية رقم	٨ ـــ ١٠
في اليوم الثاني	« «	١٤ ـــ ١٨
في اليوم الثالث	« «	٢٤ ـــ ٣٦

فتتوسع الرحم بها توسعاً تاماً وتتقوم تقوماً كافياً ومن النساء من لا يحتملن الاشنيات فيضطر الطبيب الى حقنهن بالمورفين تسكيناً للآلام الشديدة والغثيان والاقياء والميل الى الغشي •

و يجوز ان توسع الرحم بشمعات هغار المكوفـة الطرف المقيسة بثلث الملمتر (filière charrière) و يستعمل البعض التقويم الجراحي وفيه طرق متنوعة نذكر منهـا استئصال قطعة مخروطـة من المضيق وتثبيت الرباط (ligamentopexie) غير اننا لا نشير باجرائها •

الانثناء الخلفي (retroversion) مكتسب على العكس من ذاك وينجم من نقص الانطمار بعد الولادة ولا سيا بعد الاسقاط فمتى كان الاسقاط عقبنا تلاه التهاب الرحم فضخم العضو وانقلب في رتج دوغلاس وازداد الانثناء شيئا فشيئا فلم تمر ستة اشهر حتى تبدأ المريضة بالتألم من كليتيها وشرجها فيجب اذن ان نتحقق ان الرحم في مكانها قبل ان نسمح للمريضة بمغادرة المستشفى فاذا كانت الرحم منقلبة الى الوراء وجب ردها وضبطها بدلك المهبل دكاً حسنا .

يترك هذا الدلك يومين ويعاد ٣ – ٥ مرات على ان يفصل المرة الواحدة عن التي تليها يوم تستريح به المريضة فاذا ظلت الرحم محافظة على وضعها الحسن افرغت محتوياتها وتقلصت وصغرت وعادت الى مكانها الطبيعي . ويجب ان توضع فرزجات « pessaires »شهرين او ثلاثة اشهر للمحافظة على هذه الحالة التي وصلت اليها الرحم وابسطها واسهلها فرزجة دومونباليه (Dumontpallier) تترك حتى الطمث القادم فتنزع حتى انتهاء الطمث ثم تعاد وتترك شهراً اخر ولا تعود الرحم الى حالتها قبل مضي ثلاثة اشهر . و تى انقضت ستة اشهر كان ارجاع الرحم صعبا ووجب الالتجاء الى التمسيد وانهاض الرحم الى ما فوق الشامخة دفعة واحدة او بعد عدة دفعات ودلك الرتج الخلفي وتركه يومين ونزعه واعادته مرة ثانية ثم وضع فرزجة لابقاء الرحم في مكانها التي وصلت اليه كما في المرة السابقة .

واذا خابت هذه الطرق وجب الالتجاء الى تثبيت الرباط (lîgamentopexie)وعلينا ان نخبر المريضة انها تشفى بعد ١٥ يوما اذا عولجت معالجة جراحية وان شفاءها لا يتم قبل ثلاث او اربع سنوات اذا عولجت معالجة غير جراحية (تمسيد ودلك) ان الالام في الانثناء الخلفي هي في الغالب آلام قطنية او قطنية عجزية اي آلام خلفية وقد تكون عصعصية غير انها في بعض الحالات تتصف بتشوشات مثانية لان عنق الرحم في الانثناء الخلفي يندفع الى الامام حتى العانة فيخرش قعر المثانة ومن اعراض هذا الانثناء ايضا القبض .

وقد تحمل الآلام المتشععة على الظن بامراض مختلفة كالتهاب الذيل الدودي وفرط حموضة المعدة ، وقرحتها ، والتهاب المرارة ومجاري الصفراء وغير ذلك وقد تحمل الزلة والانبهار (essouflement) على الظن بالسل والخفقان على الافتكار بآفة القلب وقد تبدو تشوشات عصبيه حقيقية .

فاذا نسبت جميع هذه العوارض الى الانثناء الخلفي اجريت تجربة الفرزجة فان

تحسنت بعد وضعها حالة المريضة تأكدنا انها تشفى بتقصير الربط وان هذه العوارض ناجمة من تنبه العصب الودي ٠

ان الفرزجات التي كان يكثر اطباء النساء القدماء من استعمالها و يحتقرها جراحو اليوم قد تفيد في هاتين الحالتين وأبسط الفرزجات فرزجة دومباليه واكثرها ملائمة رقم ٧ لان ٥و٦ صغيرتان و٨و٩ كبيرتان جداً ٠

واما فرزجة هودج فيصعب وضعها وان تكن خاصة بالانثناء الخلفي ٠ يجب ادخال طرفها المدور أولاً ثم ادارتها ربع دورة

يمسك طرف الفرزجة العلوي بالاصبع و يدخل في الرتج الخلفي و يكون قسمها المقوس الى الداخل ناظراً الى الامام ٠

ولا تستعمل الفرزجة مطلقاً متي كان العجان قاصراً اي متى كانت الرحم هابطة ٠

ومتى كان الانثناء الخلفي ثابتاً كان التهاب الملحقات مصاحباً له فوجبت معالجة الالتهاب أولا ، تخفيف احتقان اعضاء الحوض الصغير ، فتائل مبللة بالغاسرين ، وحقن شرجية قليلة والخ ٠

واذا منعت الالتصاقات الرد وجبت المعالجة الجراحية ٠

العمليات الجراحية : لا بد من تمييز الانثناء الخلفي المصحوب بالتهاب الملحقات والانثناء البسيط ٠

عملية الكي الكسندر(Alquie Alexander) —قد اهملت مع انها عملية حسنة فهي لا تمكننا من الاطلاع على حالة الملحقات ٠ يجب ان يضع المعاون يده في المهبل و يرفع الرحم بينا الجراح يشدّ الرباطين المدورين ٠ لا تجرى هذه العملية الا متى كانت الملحقات سليمة كل السلامة ٠

تثبيت الرحم (hysteropexie) لا يجوز ان يثبت الجسم وانما يثبت المضيق لانه لا يبدل مقره ولا يصعد في اثناء الحمل غير ان هذا التثبيت لا يستطاع الا متى كان العنق طويلا ومتحركا وكثيراً ما تمزق الخيوط الفسيج فينكس الانثناء ٠

تثبيت الربط (ligamentopexie) أسهل وأحسن ويقوم حسنها بتقصير الربط تقصيراً مناسباً ومسكها حيث يجب ان تمسك و يختلف هذا الامر باختلاف الحالات فيجب اذن ان

يجرب في اثناء العملية ليعرف ما اذا كانت الربط قد قصرت كثيراً أو ما اذا لم يكن تقصيرها كافيا ·

طريقة دوارليس — يجب ان تتحاشى شعبة الشريان الشرسوفي في اجرائها

طريقة درتيغ — رشيقة غير ان نتائجها لا تبعث على الرضى دائما ·

الهبوط (prolapsus)

يبدأ أولا بان يكون انثناءً خلفيا · وليست الرحم التي تسقط بل المهبل الذي يهبط فيجرّ في اثناء هبوطه الرحم ·

الاسباب : حمل متتابع بدون انغلاق كاف ، نهوض مبكر من الفراش بعد الولادات (يجب على المرأة ان تلازم الفراش ١٥ يوماً على الاقل) قصور العضلات الرافعة للشرج وللعجان · فمتى تمزق العجان بعد الولادة يجب أن نرممه في الحال و ترميمه حينئذٍ سهل جداً فهو يقوم بخياطة طبقاته جميعها بابرة امنه وشعر فلورنسة أو خيوط فضة · ولا حاجة الى الحشة (كاتغوت) في العمق لانها اذا تعفنت علت حرارة المرأة فالتبست بحمى النفاس · واذا تمزق الشرج يجب ان يترك وشأنه ريثما يندب فتصنع حينذاك بعد شهرين او ثلاثة اشهر عملية حسنة يرمم بها العجان والشرج معا · اما اذا أجريت العملية بعد الولادة فتكون النتيجة سيئة وناقصة وتعيد العملية المقبلة اشد صعوبة ·

ومتى كان تمزق العجان قديماً بقيت عضلاته ولو كانت متمزقة فيجب أن تنضر وتخاط فتكون النتيجة حسنة · لان الرافعات معدة لان تكون مستنداً حسنا

وجميع الطرق المستعملة جيدة ولكن اذا كانت المرأة لا تضبط الغازات وجب الاعتناء الشديد بالزمن الذي ترمم به العاصرة ·

وتكون العضلات في الهبوط نفسه ضامرة ضعيفة فيجب ان يعتنى بالخياطة اعتناءً شديداً والا نكست الآفة · واذا اردنا ان نعلم متانة الرافعات وقدرها في اجراء وظيفتها فعلينا ان نضع اصبعين منفصلتين في المهبل وان نوعز الى المرأة بتقريب اليتيها · فتتقلص مقربات الفخذين والاليين وتتقلص معها الرافعات ايضا فيشعر باليافها التي تضغط الاصبعين لا بل يستطاع قرصها جانبيا واذا لم يشعر بشيءٍ يشار متى كانت المرأة طاعنة في السن بوضع حاجز (cloisonnement)

اما الفرزجة فهي اداة مضرة في معالجة الهبوط . فهي لا تضبط الرحم مكانها الا بتوسيعها عضلات العجان فما عساه ان يكون تأثيرها السيء متى كانت هذه العضلات قاصرة . فهي لا تستند الى العانة الا استناداً موقتاً اي متى اجهدت المرأة في اثناء التغوط بل تستند الى الرافعات ونواة العجان المركزية فمتى كانت الرحم هابطة واضمحلت نقطة الارتكاز هذه يجب الالتجاء الى الجراحة لترميم ما تلف .

ويجب ان نتحقق قبل العملية امرين لهما اهمية كبيرة في السريريات ولا ذكر لها في المؤلفات وهما عجز عاصرتي المثانة والشرج .

الطرق الجراحية : ١ — خياطة المهبل الامامية : تقوم بتضييق عضد المهبل الامامي وفيها طرق متعددة متى كان سلس في البول يجب ان يبدأ بالتسليخ قرب الصماخ وان يكشف الاخليل على بعد بضعة سنتمترات دون ان يشق وان تجمع فوقه جميع النسج المجاورة فلا تكون قد رممت العاصرة بل يكون الاحليل قد اكسب بعض المتانة

٢ — خياطة المهبل الخلفية : تقوم بالتضعيف (dedoublement) والخطر الذي يجب ان نتحاشاه هو الشرج وعليه يجب ان نتجه بتفريقنا دائماً نحو المهبل لانه اذا ثقب فليس في ثقبه من محذور .

ولكي نكافح سلس عاصرة الشرج نقتلع حافة الشق السفلى حتى نصل الى الياف عاصرة الشرج ومتى بدت هذه الالياف نصنع بعض غرز على شكل حرف U الفرنسي في الجانب ونعقدها على الخط المتوسط ويجب ان نخيط الرافعات خياطة متقنة وقوية وان نطهر الناحية تطهيراً بالغاً اقصى درجته قبل ان نبدأ بالمعالجة الجراحية . ومتى تجاوزت المرأة زمن المناسبات التناسلية يشار عليها بقطع المهبل (colpectomie) قطعاً قسمياً او تاماً والعملية التي تجرى في فرنسة اكثر من سواها عملية لفور او صنع حجاب في المهبل ومن حسناتها الجزيلة انها لا تسجن الرحم خلف خياطة سادة سداً محكماً (ويجب ان تكون السطوح المضبرة متناظرة تمام التناظر)

اما في قطع المهبل التام او عملية مواير فتكون الرحم واقعة خلف حجاب من الندب . فاذا افرزت مفرزات او اذا أصيبت الرحم بالسرطان بقيت محتجبة خلف هذا الستار . واذا رغب الجراح في ان يستأصل الرحم بطريق المهبل كانت العملية خطرة لان قطع النزف في الاقسام الجانبية يعود صعباً .

وصفوة القول كيف يجب ان نختار العملية الفضلى ؟

فمتى كانت المرأة فتية وكانت رافعاتها عاجزة وجب اجراء العملية الثالثة : خياطة المهبل الامامية وخياطة المهبل والعجان مع خياطة الرافعات وتثبيت الربط (ligamentopexie) اذا اقتضت الحالة

ويجب الاهتمام دائماً بحالة العنق الذي يكون ضخماً ويترتب علينا قطعه .

واذا كانت المرأة طاعنة في السن ورافعاتها عاجزة يجب اجراء عملية لفوز

واذا كانت الرحم مريضة (اي مصابة بالتهاب، شيخوخي او كان عنقها مشتبهاً به) يجب ان تستأصل الرحم بطريق المهبل وان يقطع المهبل بعد ذلك قطعاً قسمياً او تاماً وتسمى هذه العملية استئصال الرحم وقطع المهبل (hystéro-colpectomie)

ومتى كانت الرافعات حسنة يجب اجراء خياطة المهبل المتقنة وخياطة المهبل والعجان العادية وخياطة الرافعات المتقنة مهما كانت سن المريضة .

ويتعلق النجاح او الفشل بقوة الرافعات او عجزها .

التهابات الملحقات . تقيحات الحوض

يلتهب النفير او المبيض او يلتهبان معاً واشتراك الالتهابين معاً اي تقيح المبيض وتقيح النفير يعادل نصف الالتهابات كافة .

وللالتهاب نوعان كبيران : الالتهابات الناجمة من المكورات العقدية (ستربتوكوك) او الناجمة من المكورات البنية (غونوكوك) وكثيراً ما يجتمع النوعان معاً ، وعصية الكولون التي تأتي من المعى تعرقل ايضاً عدداً كبيراً من التهابات الملحقات المتقيحة .

وقد تتفاعل الملحقات في سياق الامراض العامة كالحمى التيفية وذات الرئة والنكاف (oreillons) وقد ينشأ تفاعل الملحقات ايضاً من عصية كوخ .

الاعراض : أ — الالم هو العرض الاساسي ويقع حسب الحالات في جهة واحدة او جهتين معاً ، وقد يكون ثابتاً ويشتد في اثناء الطمث والالم في التهابات الملحقات السيلية يشتد في اثناء الطمث ولا سيما حين نهايته وبعد الارتجاجات والمشي على طرق غير مستوية وهو عرض ملازم في الانواع الحادة ولا تناسب شدته في الانواع المزمنة حجم الافات فقد تتكون تقيحات كبيرة الحجم دون ان تشعر بها المرأة شعوراً مزعجاً .

ب — السيلانات البيضاء : هي دليل على التهاب الرحم المرافق ٠

ج — الانزفة : قد تظهر غيرانها نادرة وهي في الغالب انزفة طمثية ٠ وقد ينقص دم الطمث عوضاً عن ان يزداد ٠

الاعراض العامة : ارتفاع الحرارة : وهو دليل على شدة التعفن تحتمل المرأة التهاب ملحقاتها عادة متى كانت ناجمة من المكورات البنية اما متى كانت مسببة من المكورات العقدية فيصعب عليها احتمالها ٠

الجس : يكون البطن تارة ليناً في الانواع المزمنة وطوراً متقفعاً (دفاع عضلي) في الانواع الحادة

المس : ورم متفاوت الحجم من قدر الجوزة الى رأس الجنين ، مدور ، منتظم ، موءلم ، يجب تمييزه عن الرحم ويتسنى لنا ذلك في تقيحات الملحقات بالشعور بالتلم (الفرضة) في كثير من الاوقات . ويجب ايضاً ان يعلم ما اذا كانت حدوده واضحة او على العكس ما اذا كان متصلا بالنسج المجاورة و يعرف هذا بتحرك الورم في الحالة الاولى ويكون سببه المكورات البنية عادة وبثباته في الحالة الثانية الامر الدال على التهاب محيط الملحقات الذي كثيراً ما يشترك مع التهاب محيط الرحم ويكون ناجماً من المكورات العقدية ٠

ويجب الا نشير باي عملية كانت قبل ان نثق تمام الوثوق بالتشخيص

اسباب الضلال : اولها المثانة في الامام فقد تكون متوسعة بالبول فنظنها ورماً فيجب ان تبول المريضة او تقثتر

ثانيها المستقيم في الوراء الذي قد تجتمع كتل غائطة فيه

ثالثها اطار الكولون في الجانبين فالى اليمين الاعور والذيل الدودي والى اليسار السين الحرقفي ٠

المعالجة : الاستطبابات سهلة للغاية ٠ المعالجة دوائية في الحالات الحادة وحين النوبة الاولى والمعالجة جراحية في الانواع الناكسة او المزمنة ٠

اما التهابات الملحقات التالية للولادة وللاسقاط فكثيراً ما تشفى شفاء كافياً بالمعالجة الدوائية فيجب ان نتذرع بالصبر ٠

اما التهابات الملحقات السيلية فتنعكس دائماً وتستدعي في النهاية المعالجة الجراحية ٠

المعالجة الدوائية المعروفة هي :

راحة تامة في الفراش ، راحة الاعضاء التناسلية ، الحقن المهبلة الحارة التي درجتها ٤٨ والمرأة مضطجعة ، الحقن الشرجية الحارة التي يستحم فيها الوجه الخلفي للملحقات اكثر من الحقن المهبلية .

و يجب ان تحفظ هذه الحقن و يجوز ان يضاف اليها ١٥ — ٢٠ قطرة لودنم واما حرارتها فار بمون—٤٢، تضميدات حارة على البطن (اللف بقطن مبلل بماء حار)او ثلج على البطن .

اما الحرارة مهما كان نوعها حقنًا او تضميدات فتحدث توسعًا شديداً في الاوعية وتدعو الكريات البيضاء الى مكان الافة .

واما الثلج فانه يبرد و يثبت الامعاء و يمنع انتشار الالتهاب الى الخلب (البريطون)

فالثلج والحقن الحارة أمران غير متضادين وهذه الطرق القديمة هي ابسط الطرق ولعلها الفضلى .

اما الطرق الحديثة فنذكر منهـا الاستحرار (diathermie) وهو يفعل بالحرارة التي يولدها في ملء النسج غير ان هذه الطريقة تستدعي نفقات لا يقوى على القيام بهـا غير الاغنياء .

اللقاحات كثيرة الاستعمال وافضلها اليوم بين اللقاحات المضادة للمكورات البنيـة

اللقاح المحضر في مستوصف باستور والمركب من اجناس متنوعة من المكورات البنية المصول استعملت ايضًا

اللقاحات الذاتية واللقاحات الجاهزة مستعملة يضًا

و يظهر ان لقاح دالبه الجاهز المسمى في التجارة بروبيدون (propidon) افضل اللقاحات الجاهزة وانفعها . يجب اولا ان ترج الحبابة جيداً لتمتزج الجراثيم الميتة بالمرق يحقن بسنتمتر مكعب ونصف السنتمتر اولا ليعلم تحمل المريضة في الوجه الوحشي للفخذ . و يجب ان تغطى الناحية برفادة مبللة بماء شديد الحرارة لان هذه الحقنة مؤلمة حتى ان الالم يظهر بعد الحقن بها والحرارة تعلو. ثم تصنع حقنة ثانية بعد مرور ثلاثة ايام فحقنة ثالثة بعد ثلاثة ايام اخرى فيكون المجموع ثلاث حقن . و يجب ان ينتظر ٣٦ — ٤٨ ساعة ريثما تكون العضوية قد اوجدت الاضداد .

« للبحث صلة »

الألفاظ الطبية

الخِلْبُ والمربُ

باتت لفظة « الخِلْب » اللفظة الوحيدة التي يتداولها اغلب اساتذة المعهد وتتناقلها السنة الطلاب جميعهم مقابل كلمة البريطوان(péritoine)الافرنجية : على انه كل من رام تقصي الحقيقة يجدها لا تنطبق على مدلولها الذي وضعت له بينا انه لدينا من الالفاظ التي يمكن ان تقوم مقامها والتي هي اقرب من الخلب الى البريطوان . وها نحن أولاً ننقل اليكم نتيجة مطالعتنا فيما يتعلق بهذا الموضوع مستندين في ذلك على امهات معاجم اللغة ، فنقول :

ورد في لسان العرب ما مثاله : (الخِلْب : حجاب بين القلب وسواد البطن ، وقيل هو شيء ابيض لازق بالكبد ؟ وقيل الخلب زيادة الكبد ؟ والخلب الكبد في بعض اللغات . وقيل الخلب عظيم مثل ظفر الانسان لاصق بناحية الحجاب مما يلي الكبد وهي تلي الكبد والحجاب والكبد ملتزقة بجانب الحجاب) انتهى .

وقد جاء في تاج العروس (الخِلْب : بالكسر لحيمة رقيقه تصل بين الاضلاع . او هو الكبد في بعض اللغات او زيادتها او حجابها او حجاب القلب وقيل هو حجاب ما بين القلب والكبد وقيل حجاب بين القلب وسواد البطن او هو شيء ابيض رقيق لازق بها وقيل هو عظيم مثل ظفر الانسان لاصق بناحية الحجاب .....) الى آخر ما هنالك مما لا يختلف عما ورد في لسان العرب في شيء .

فنلاحظ مما ذكر انه لا يجوز اطلاق الخلب على ذلك الغشاء المصلي الذي

يستر الاحشاء كلها اذ لا يتعدى معنى الخلب دائرة الكبد ٠

فما جاء في كلا المعجمين يتضح لنا انه يصح اطلاقه على غشاء الكبد الليفي او محفظة غليسون (capsule de Glisson)او الرباط المعلق للكبد ligament (suspenseur du foie)و الثرب المعدي الكبدي (épiploon gastro-hépathique) الى غير ذلك من المصطلحات الحديثة التي لا تخرج في معناها عن المعنى الذي وضعت له في معاجم اللغة ٠

الا انه يسوغ لنا ان نستعمل هذه اللفظة اذا كنا في ضائقة لغوية ولم تدخر لنا معاجم لغة الضاد في تضاعيفها ما تكفل لنا القيام بحاجاتنا اللغوية الا وان لدينا من الالفاظ ما يغنينا عن التشويش في الخروج عن حدود المعنى الاصلي ٠

اذ جاء في تاج العروس ما نصه « الهرب بالضم ثرب البطن » وفي لسان العرب « الهرب : الثرب » والثرب بفتح الثاء شحم يغشي الكرش والامعاء ٠

فاذا ذهبنا مذهب صاحب اللسان كان الهرب من مرادفات الثرب بخلاف ما اذا سرنا مع صاحب التاج كان الهرب الغشاء الذي يغشي البطن ولا يخفى في ذلك ما فيه الدلالة التامة على انه البريطون ذاته ٠

وعلى الفرض ان الهرب لم تدل في كلا المعجمين الا على الثرب فان باب التسامح اللغوي ازاء مثل هذه الضائقة مفتوح على مصراعيه وعندها يجوز لنا اطلاقها على البريطون على سبيل اطلاق الجزء على الكل ٠

فيتضح لدينا والحالة هذه ان استعمال لفظة « الهرب » مقابل كلمة البريطون الافرنجية خير من الابقاء على الخلب واقرب الى المعنى الصحيح وابعد عن

الالتباس ، واذا كان ثمة لا مندوحة عن استعمال « الخلب » جاز لنا استعماله في احد الاوجه المذكورة كمحفظة غليسون او الثرب المعدي الكبدي ونحو ذلك . .

وان اعجب لشيء فعجب حينما رأيتكم تشيرون في المجلد الرابع من مجلة المجمع العلمي العربي الى استعمال كلمة الهرب مقابل البريطون من قبيل اطلاق الجزء على الكل : في حين اننا لا نراكم تنفكون عن استعمال لفظة الخلب

مسلم القاسمي

***

الجواب : ننشر لحضرة الاديب مقالته تاركين ما جاء فيها من الاغلاط اللغوية على عهدته ثم نشكر له ملاحظته ولا يخفى عليه انه ما من كلمة من الكلمات التي ذكرها والخلب منها كافية للدلالة على معنى (البريطون) لان علماء اللغة في تلك العصور لم يكونوا من علماء التشريح فكانوا يذكرون للكلمة الواحدة معاني كثيرة متضادة ولهذا ترددنا كثيراً قبل ان يقر رأينا على كلمة نختارها لترجمة البريطون وتسآلنا عما اذا لم يكن تعريب الكلمة وقبولها كما هي افضل من التفتيش عن كلمة عربية غير ان رغبتنا في تنقية اللغة من الكلمات الاجنبية وميلنا الى الوضع والنحت والترجمة الا متى قضت الحاجة بالتعريب دفعانا الا الاقلاع عن عزمنا فاستعملنا في بادىء الامر كلمة الهرب التي استحسنها حضرة القاسمي غير اننا بعد ان بحثنا في الامر تبين لنا ان الخلب اكثر دلالة على المعنى من الهرب لسنا ننكر ان التاج ولسان العرب وغيرهما من امهات المعاجم لم تذكر من المعاني لكلمة الخلب الا ما أورده صاحب المقال غير انه جاء في محيط المحيط ما نصه « الخلب بالكسر الحجاب الذي بين القلب وسواد البطن . وعن المطرزي الخلب

حجاب الكبد وقيل غلاف البطن » فقوله غلاف البطن كافٍ للدلالة على انه البريطون لان الثرب لم يذكر في تعريفه مثل هذا المعنى . لا نجهل ان قوله (وقيل حجاب البطن) دليل على ضعف الرواية وان المشهور ما تقدمه من المعاني ولكن متى كانت لنا حاجة الى كلمة جاز لنا اختيارها ولو كان المستند الذي نستند اليه ضعيفاً

واني اذكر ان حضرة الاستاذ المدقق الحكيم امين بك معلوف [1] قد نقد استعمال هذه الكلمة وختم نقده بقوله « اما اذا ثبت ان علماء اللغة او اطباء العرب قالوا ان الخلب هو غلاف البطن كما ذكر حضرة الزميل فانه لا يبقى لي مجال للمناقشة »

ثم ان اللغوي الكبير العلامة الاب انستاس ماري الكرملي كان ايضاً من المعترضين وقد اختار مقابلاً للبريطون الحرصيان او الخرصيان [3] فقد قال «ولا تتعجب ... اذا كانت العرب عرفت الحرصيان او الخرصيان بحاء مهملة او بخاء معجمة لما سماه المعربون العصريون بالبريطون فلقد جاء في التاج والقاموس: الحرصيان بالكسر باطن جلد البطن ، وكفى بذلك تعريفاً دقيقاً لهذه الكلمة »

واذكر ايضاً انني اظهرت ملاحظاتي حينذاك في المجلة نفسها [2] مخالفاً رأي العلامة الكرملي وذكرت الماساريقى والثرب والخلب والهرب وقلت يستحسن ان تكون الماساريقى لـ (mésentère) والثرب لـ (épiploon) والخلب

(١) مجلة المعهد الطبي المجلد الاول ص ٢٣١

(٢) مجلة المجمع العلمي العربي المجلد الثاني ص ١٧٦

(٣) مجلة المجمع العلمي العربي المجلد الثالث ص ٤٣

لل ِ (ligament du foie) والهرب للبريطون من باب تسمية الكل باسم الجزء والحرصيان او الخرصيان للطبقة الشحمية تحت البريطون كما ذكر في آخر مقالة حضرة القاسمي غير اني اليوم عدلت كل العدول عما كنت قد ظننته صواباً وملت الى كلمة الخلب للسبب الذي ذكرته ولعله كاف على انني لا امتنع متى اقتنعت بان الهرب او سواه اوفى بالمعنى عن اتباع الكلمة التي يجمع رأي الاطباء واللغويين عليها لانني لست ممن يتمسكون تمسكاً اعمى بآرائهم ولست ادعي العصمة في جميع ما اضع من الالفاظ الحديثة وما غايتي من كل هذا سوى خدمة هذه اللغة العزيزة والسير بها في طريق العلم لتماشي اللغات الاوروبية الحية وفقنا الله الى ذلك انه القدير

الحكيم

مرشد خاطر



تنبيه : سقط في اثناء طبع الجزء الماضي (المجلد ٥ ص ١١٩ في آخر الجدول السطور الآتية نستدركها هنا وهي : « و يمكن بهذه السلسلة من النماذج تحقيق اعتدال الماء المقطر باستعمال نماذج ازرق البروموتيمول و بفحص بمنظار لون ذي اربعة ثقوب بعد تنظيمه على الوجه الآتي :» .

مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكت موفق الشطي

واباءين ارنو (ouabaïne Arnaud)

هو الستروفانتين وقد ثبت اليوم انه احسن علاج في مداواة تقصير القلب في بعض الاحيان · استحصله الاستاذ ارنو من الستروفانتوس غراتوس (st. gratus) وسماه الواباءين بدلاً من الستروفانتين وقد اهتم بـه بعد موت ارنو نتيفل (Nativelle) وعرف غلاي (Glay) و بارج (Baraige) ان مقادير هذا الدواء السمية تفعل في جسم الحيوانات فعل الديجيتال واتضح لفاكزولوتمباخر (Vaquez et Lutembacher) ان للواباءين منافع يفوق بها الديجيتالين اولها سهولة انتشاره او انحلاله وسرعـة تاثيره فهو يقي القلب من الوقوع في القصور ولا سيما متى كان السبب تمدده المستمر الشديد بيد ان الديجيتال لا يفي بالمقصود في مثل هذه الحالة بل يضر كما اشار الى ذلك بوتن ومركلن امـا الواباءين فينقص حجم القلب المتمدد و يزيل العدو والنفخات الوظيفية ·

ومن حسنات هذا الدواء وافضليته على الديجيتالين سرعة انطراحه خلافاً للديجيتال الذي يتراكم في الاعضاء ولا يلقى الا ببطوء

استطبابات هذا العلاج: توسع اجواف القلب الحاد ولا سيما جوفيه الايسرين وتوسع الجوفين الايمنين الذي يكون حاداً في الحوامل المصابات بآفات الاكليلي وقصور القلب الذي لا سبيل الى رده وتحسينـه سواءً كان ذلك ناجماً من امراض المصاريع او من استرخاء عضلة القلب ولا سيما متى اعتلت القلب

الديجيتال واخذ يعصيه · ويجب في مثل هذه الاحوال البدء باستعمال الوابائين واتمام المداواة بالديجيتال وقد تعصي قلوب بعض المقلوبين الديجيتال لان رئاتهم متصلبة او لان فقارهم منحرفة كما في المحدودبين والزور (scoliotiques) الخ حيث تبدو اعراض قصور القلب الايمن والاعراض الناجمة من الركود كالتبويل (oligurie) وتشوش نظم النبض او آفات الوتين المصراعية

مضادات الاستطباب : الحمى متي كانت ناجمة من تكرر التهاب الشغاف كما يقع في سياق امراض القلب ولا سيما في دور الاسترخاء

ويعتقد بعض المؤلفين ان مشاركة آفات القلب لآفات الكلية تمنع استعمال الديجيتال فلا يجوز استعماله

وفي المقلوبين المصابين بامراض الكلية (cardio-renanx) على ان فاكز) لا يرى هذا الرأي لان الوابائين سريع الانفراغ والانتشار وقد اثبت كلارك (Clerc ان الوابائين ينفع المقلوبين المصابين بالبيلة الاحينية او بانحباس الآزوت في الدم ولا سيما متى اشرك مع الديجيتال

طرق الاستعمال والمقادير : يستعمل في التوسع الحاد فيحقن به الوريد

يعالج قصور القلب الحاد الناجم من توسع القلب والمصاحب لاعراض وعائية ووذمة الرئة بفصد المريض واخراج كمية غزيرة من الدم ثم يحقن المريض بربع مليغرام وابائين ويحقن بعد ٢١ ساعة بربع ملغرام آخر وبعد ٢١ ساعة اخرى بربع ملغرام ثالث وبعد ٢٤ ساعة بربع ملغرام رابع اي مقدار ملغرام في ٤٨ ساعة

ويستعمل الوابائين في القصور الذي يعصي الديجيتال فيحقن به الوريد

ايضاً ويكفي في هذه الحالة ربع مليغرام في كل صباح اي ملغرام في اربعة ايام وقد اشار البعض باستعمال هذه الطريقة في آفات القلب والكلية ويرجح حينئذ ان يحقن المريض بثمن ملغرام في اليوم الاول فربع ملغرام في الايام الثاني والثالث والرابع حتى يبلغ المقدار ١ — ١،٥ ملغرام فهذه المعالجة تزيل البيلة الآحينية وتنقص كمية البوله في الدم وتنعش القلب وتدر البول ·

ويجوز ان يشرك الوابائين بالديجيتال على ان تترك فترة بين استعمال العلاجين مدتها يومان · يتجرع المريض ٦٠ قطرة ديجيتالين في اربعة ايام فيعطى ٢٠ قطرة في كل من اليومين الاولين و١٠ قطرات في كل من اليومين التاليين

ويستعمل الوابائين جرعاً وذلك في حوادث قصور القلب البسيطة او في حالات القصور التي تعصي الديجتال · واما المقدار ف ٥٠ قطرة من محلوله الالفي كل يوم مدة اربعة ايام متواليات او ٢٠ — ٣٠ قطرة من محلوله الذي نسبته ٤ — ١٠٠٠

هل يجوز ان يشرك الوابائين بعلاج آخر: يشير البعض باشراكه مع الديجيتالين بنسبة جزء ديجيتالين الى جزئين وابائين · والافضل ان يستعمل كل علاج على حدة فيوصف الوابائين اولاً فالديجيتالين فيما بعد

ويجب ان يوعز الى المريض حين استعمال الوابائين ان يستريح في فراشه ويحمى الا عن اللبن والخضر وان يجتنب تناول كلورور الصوديوم



كتب جديدة

(١) اطروحة الحكيم منير السادات

الحكيم المومأ اليه من تلامذة معهدنا الطبي النابغين ترك سورية في السنة الخامسة من دروسه الطبية ويمم معهد مونبليه في فرنسة حيث اتم دروسه ونال شهادة ذلك المعهد سنة ١٩٢٧ فكتب اطروحته هذه التي موضوعها « حول درس تعجز[1] الفقرة القطنية الخامسة المؤلم » واهدى الينا منها نسخة متقنة الطبع باللغة الفرنسية مزينة بالرسوم الواضحة ومعززة بالمشاهدات الخاصة التي جمعها من سريريات استاذه سوبيران وقد بحث فيها عن تعريف هذه العلة فقال انها ضخامة ناتئي الفقرة الخامسة القطنية المعترضين وملامستها لجنيح العجز او لعظم الحرقفة او للعظمين معاً ٠

وقال في تشريحها المرضي انها نوعان نوع تام ونوع ناقص ٠ وفي سببها وإمراضها انها تصيب الكهل بين ٢٥ — ٣٠ سنة وان الرجال معرضون لها اكثر من النساء وان مقر الالم يكون حيث يكون التعجز اشد متى كانت الافة مزدوجة في الجانبين وان الرضوض التي نسبت اليها الافة ليست امراً ثابتاً ولعلها تنبه الالم الذي كان كامناً حتى ذلك التاريخ وكذلك القول في الامراض العفنة والرثية فلا تصح ان تكون سبباً في التعجز نفسه اما الالم فمنهم من ينسبه الى انضغاط الاعصاب والتهابها في ثقبات الاتصال وذلك في التعجز التام او بعد خروجها منها وذلك في التعجز الناقص ٠ ومنهم من ينسبه الى انقراض الاقسام الرخوة

(١) نعني بكلمة تعجز صيرورة هذه الفقرة كعظم العجز فهي ترجمة (sacralisation)

بين اقسام العظم الضخمة او الى استطالة النخاع الشوكي ولا سيما ذيل الحصان وغير هذه من الفرضيات وانضغاط الاعصاب هو الفرضية الاقرب الى الصواب

وقال في التشخيص المميز ان الافة تلتبس بـداء بوط وبالسل العجزي الحرقفي وبآفات الكلية والحالب وسرطان المستقيم والموثـة (البروستاة) وبالتهابات الملحقات في المرأة وبأورام الحوض وبهبوط الاحشاء وسوى ذلك وان تشخيصها يسهل متى دقق في المعاينة وانه يتحقق بالاشعة المجهولة

وقال في معالجتها ان المعالجة الدوائية لا تفيد الا بعض الفائدة في التعجز الناقص . وان المعالجة الجراحية واجبة في التعجز التام وهي تقوم بقطع ناتىء الفقرة المتعجزة المعترض او ناتئيها معاً وبقطع جزء من القنزعة الحرقفية وجنيح العجز . وقد وصف الطرق الجراحية وصفاً ضافياً ثم اورد المشاهـدتين اللتين جمعهما من سريريات استاذه سوبيران وجاء في الختام على هذه النتيجة :

١ً — ان تعجز الفقرة القطنية الخامسة تام او ناقص ويعنى بالنوع الثاني ضخامة الناتىء المعترض او الناتئين ضخامة اقل مما هي عليه في النوع السابق

٢ً — ان الاسباب وإمراض الالم لا تزال غامضة غير ان انضغاط الاعصاب أقرب الى الصواب

٣ً — ان الاعراض متنوعة غير انها تشابه كثيراً ألم عصب الورك او ضفيرة العجز

٤ً — ان الرسم الشعاعي واجب لتحقيق التشخيص

٥ً — ان المعالجة الدوائية تفيـد فـي ضخامـة الناتئين المعترضين (apophysomégalie) والمعالجة الجراحية واجبة في التعجز (sacralisation) التام وانها تـكلل غالباً بالنجاح

يستنتج من هذه الخلاصة التي جئنا على ذكرها ان هـذه الاطروحة قد ألمت باطراف الموضوع ولم تترك منه شاردة وان زميلنا النبيه كان عند ظننا به دقيقاً في ابحاثه منكباً على دروسه الطبية · فنحن نقدم له بالنيابة عن المعهد الذي انجبه وبالاصالة عن انفسنا أخلص التهاني ونشكر له هديته هـذه سائلين له نجاحاً ومستقبلاً باهراً ·

الحكيم
مرشد خاطر

---

(٢) المجلة الطبية البغدادية

تصدر هذه المجلة عن بغداد كما يتبين من اسمها، رئيس انشائها الحكيم هاشم الوتري ومديرها الحكيم صائب شوكت أُهدي الينا منها الجزء الرابع من السنة الثالثة ولعلّ المهدي سعادة مدير الصحة العام الحكيم حنا بك الخياط طالعنا هذا الجزء فوجدنا فيه مقالات شتى مفيدة لا نقول شيئاً في تقريظها او نقدها غير اننا كنا نتمنى لو ان رئيس انشائها اعتنى بتنقية لغتها العلمية وسار في تسمية المصطلحات الحديثة على ما يضعه اللغويون والاطباء في سائر انحاء البلاد العربية ولو انه سهر قليلاً على لغتها وطبعها فأصلح فيها اغلاط اللغة والطبع الكثيرة المنبثة فيها حتى انك لا تكاد تقرأ صفحة الا تراها محشوة بهذه الخطيئات وقد استرعت انظارنا المحاضرة الشائقة التي القاها سعادة مدير الصحة العام الحكيم حنا بك خياط وموضوعها « معضلة وفيات الاطفال في العراق ومعالجتها » وقد حصر كلامه في احد اسباب الوفيات فقط وهو الجدَع (أي التغذية السيئة)

وبيّن ان سببه خلو تغذية الطفل من الحيوينات (vitamines) الخمسة (أ) و (ب) و (ج) و (د) و (هـ) وقد قدم امثلة لايضاح الموضوع الذي يعالجه فبين ان الخوص (xerophtalmie) مرض عيني ينجم من خلو طعام الطفل من الحيوين (أ) وان مداواة هذا المرض لا يقوم بالكحول والقطرات المتنوعة بل باعطاء هذه المادة التي تكثر في زيت كبد الحوت ومح البيض وبعض البقول الغضة . وان العشاء الوبائي [1] (héméralopie épidémique) مرض آخر ناجم من السبب نفسه ويستدعي المعالجة نفسها . ثم انتقل الى الشلل التام او الجزئي الذي يصيب بعض الاطفال فقال انه ينجم من خلو الغذاء من الحيوين (ب) واوصى باطعام الطفل الارز بما فيه من قصر وجشر (اي بقشرتيه الباطنة والظاهرة) والعدول عن اطعام الارز المقشور لان الحيوين (ب) يكثر في القشور ولان هذه المادة الحيوية خير علاج لشفاء ذلك الشلل .

ثم ذكر ان الحفر [2] ينجم من خلو الاطعمة من الحيوين (ج) وان خير علاج له بعض قطرات من عصارة الليمون الحامض او البرتقال وان الادوية المتنوعة لا تفيد شيئاً اذا لم تعطَ هذه المادة الحيوية الناقصة .

---

(١) كذا جاءت وصحيحها العشا او العشاوة

(٢) نعني به (scorbut) وقد سماه حضرة الزميل الكشار ولسنا نجاريه في هذه التسمية لان الكشر معناه ابداء الاسنان والكشف عنها ويكون في الضحك وفي غيره وليس في المادة ما يدل على ان الاسنان قد كشر عنها لاصابتها بمرض وان يكن وزن فعال يدل غالباً على المرض . واما الحَفْر فهو سلاق في اصول الاسنان وحفرت اسنانه حفراً اذا اثر الا كال في اسناخها وقد عرف هذا الداء بالحفر فلا نرى حاجة الى تبديل اسمه كيف لا وهو اصح من الكشار .

ثم انتقل الى الخرع [1] فبين انه ناشيء من خلو المواد الغذائية من الحيوين (د) وحرمان الطفل اشعة الشمس وقال ان هذا الحيوين متصف بخاصة تثبيت الكلسيوم في العظام وان للكلسيوم دوراً مهماً في النمو وتكامل الجهاز العصبي وتسيير فروضه الاساسية وان نقصه قد يقضي على حياة الاطفال ويحدث فيهم داء التشنج (spasmophilie)وان خير علاج ناجع في هذا الداء الاشعة ما فوق البنفسجي وزيت كبد الحوت ·

ثم انتقل الى السغل (ath repsie) وبين انه ناشئ من الارضاع الاصطناعي وان خير علاج فيه ارضاع الام لولدها واذا تعذر عليها ذلك فارضاعه من مرضع لان في سمن لبن المرأة الحيوينين (أ) و (ه) وفي مصله الحيوينين (ب) و (ج)

وجاء اخيراً على ذكر النقاط الاساسية التي وضعها الاستاذ بودان وهي ·

١ً — تهذيب المرأة تهذيباً صحيحاً وعملياً لاشعرياً في امر حياتها الوالدية والمنزلية

٢ً — انصاف الفقير في امر سكناه وتغذيته وفقاً لاحكام حفظ الصحة

٣ً — تأسيس ملاجئ للامومة البائسة ومراكز لتوزيع الالبان على اطفال المعوزين

يتبين من هذه الخلاصة الموجزة التي استخلصناها من هذه المحاضرة النفيسة ان حضرة الزميل قد اجاد كل الاجادة فقد تجلت في محاضرته رشاقة التعبير والتقصي البعيد ولا عجب لانه يجمع بين الادب والعلم · **الحكيم مرشد خاطر**

---

(١) الخرع نعني به (rachitisme) وقد سماه حضرة الزميل الكساح كما يسميه الكثيرون وقد بينا ان هذه الكلمة لا تفيد المراد لان معنى الكساح الزمانة في اليدين والرجلين وهي حسنة في ترجمة (paraplégie) اما الراخيطس فقد سميناه الحثل وهو سوء الرضاع من حثل الرجل يحثل حثلاً عظم بطنه واحثلته امه اساءت ارضاعه فنشأ بالحثل ولا يخفى ما في هذا من المعنى المطابق للراخيطس غير ان العلامة الكرملي فضل (الخرع) من خرع الرجل اذا لانت مفاصله وقد جار يناه في هذه التسمية

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٢٨ م الموافق لشوال سنة ١٣٤٦ ه

عرض ارن دوشان المفرد التالي لتصلب مشترك شقي (dimidié) في امرأة مسلولة [١]

للحكيمين { ترابو استاذ في المعهد الطبي بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية
ميشيل بشور داخلي في المستشفى العام بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ينجم عرض ارن دوشان المفرد من آفة في المحيط اصابت العصبين المتوسط والزندي في آن واحد أو جذع ضفيرة العضد السفلي الناشيء من اندماج الزوجين العنقي الثامن والظهري الاول ·

واننا نرى فائدة في ذكر هذه المشاهدة التي يظهر بها ان عرض ارن دوشان مسبب من آفة اصابت النخاع الشوكي وان يكن هذا العرض مفرداً وواقعاً في جهة واحدة · لان هذه الآفة النخاعية الشوكية محققة ونادرة

· · · ·

دخلت امرأة مسلمة عمرها ثلاثون سنة المستشفى العام بدمشق مصابة

(١) نشرت هذه المقالة في مجلة امراض الاعصاب الفرنسية في جزء ٢ شباط سنة ٩٢٨

بضمور عضلي في طرفها العلوي الايسر وقد بدأ هذا الضمور منــذ سنة حذاء عضلات اليد الصغيرة ·

وقد تبين من معاينتها ان الضمور عمّ الطرف السفلي جميعه حتى عضلات زنار الكتف التي ضمرت ايضاً غير ان الضمور قرب الاصابع كان اشدّ مما هو عليه قرب الكتف · فكانت الضرة والالية (١) مسطحتين وعلى ظهر اليـد خطوط من الضمور مناسبة للمسافات بين العظام · وكان الابهام وقــد عادت مقاومته مستحيلة متقرباً من الاصابع الاخرى منحرفاً عن اتجاهه العادي الامر الذي اعاد اليد شبيهة بيد القرد · وكان الساعــد ضامراً ولا سيما العضلات العاطفة وقد دل القياس :

ان الساعد الايسر	تعادل دائرته	١٥٫٥ سم
وان الساعد الايمن	« «	١٨ «

وكانت الافعال المنعكسة : المرفقي والابري الـكعبري والابري الزندي متزايدة على الرغم من ضمور العضلات

ولم يكن اقل تشوش في الحسين السطحي والعميق · غير انه قد تبين من تحري المطابقة في الجهة اليمنى ان السبابة تتردد وترتجف حين وصولها الى الغاية وانها تتجاوزها في اكثر الاحيان مبدية ارتعاشاً قصدياً وبعض الصعوبة في قياس الحركات

وقد دلت المعاينة التي اجريناها على الاقسام الباقيــة من الجهاز العصبي ان وظائفها المتنوعة سالمة : فالطرف العلوي الايمن والجذع والطرفان السفليان

(١) نعني بالضرة (ém.thénar.d) وبالالية (ém.hypothénard)

كلها صحيحة والحدقة لا تشوش فيها وعرض رومبرغ سلبي. وقد دلت المعاينة الكهربية على الاعصاب والعضلات التي اجراها الحكيم حسني سبح ان التقلصين الغلفاني والفرادي طبيعيان حذاء الاعصاب والعضلات السائرة الا في الطرف العلوي الايسر حيث التنبه الفرادي متزايد في اكثر العضلات بيد ان التنبه الغلفاني يكاد يكون طبيعياً .

وقد اعطتنا المعاينات المخبرية التي قام بها الحكيمان حسني سبح وحمدي الخياط النتائج الاتية :

تفاعل واسرمان سلبي، خلو الدم من الحييوينات الدموية .

السائل الدماغي الشوكي : تفاعل واسرمان سلبي ايضاً ، السكر والاحين طبيعيان ، عشر بلغميات ،

وقد استنتجنا من فحص المريضة فحصاً عاماً ان رئتيها مصابتان بسل ليفي جنبي متصف سريرياً بسماع خراخر فرقعية لطيفة (sous crépitants) في مناطق متسعة من الرئتين واشعاعياً (الحكيم طاهر الجزائري) بنظر لب الخبز وجرثومياً باحتواء التفلات على عصيات كوخ .

....

فلنعد الان الى تحري السبب التشريحي المرضي الذي احدث عرض ارن دوشان . يخيل اولاً ان الواجب يقضي علينا بترك جميع آفات النخاع الشوكي التي تتصف عادة بعرض ارن دوشان المزدوج مع ان الحقيقة خلاف ذلك لاننا اذا نسبنا هذا العرض الى ذات العصب السمية او العفنية التي اصابت العصبين المتوسط والزندي في آن واحد لم نتمكن من تعليل ضمور عضلات

العضد والكتف التي تعصبها اعصاب اخرى وعدا ذلك فلا تشوش في الحس مطلقاً في الطرف العلوي الايسر المصاب ·

وكذلك القول في آفة اصابت جذع ضفيرة العضد السفلي او اصابت الضفيرة جميعها لان عرض كلود برنار هورنر العيني مفقود ولان تشوشات الحس مفقودة ايضاً · وعدا ذلك فنحن امام ضمور عضلي وليس امام شلل الطرف العلوي لان جميع الحركات طبيعيـــة وان تكن قـــد نقصت شدتها بسبب ضمور العضلات ·

واننا اذا أجلنا النظر في التهابات النخاع الشوكي المتنوعة التي تحدث عرض ارن دوشان نفينا الواحد تلو الاخر : الضمور العضلي المتمادي المسبب من التهاب المحور السنجابي (poliomyélite) المزمن لان افعال الاوتار المنعكسة متزايدة ·

وناسور النخاع الشوكي (syringomyélie)لان الحسين السطحي والعميق سلبيان ولان الفرقان الحسي الذي تتصف به هذه الآفة سلبي ايضاً ·

والضمور العضلي الافرنجي النخاعي المنشإ لان المريضة لم تصب بالزهري ولان تفاعلي واسرمان على الدم والسائل الدماغي الشوكي سلبيان ولان الآفة غير مؤلمة ولان عرض بابنسكي مفقود ·

والتصلب اللوحي لانه لا غمز تشنجي ولا تشوش في الحس ولا الكلام ولا ارتعاش في اللسان

فلا يبقى علينا والحالة هذه غير امرين التصلب الجانبي المضمر للعضلات والتصلب المشترك ·

أن ضمور العضلات وازدياد افعال الاوتار المنعكسة هما في جانب المرض

الاول غير ان التصلب الجانبي المضمر للعضلات لا ترافقــه علامات السلسلة المخيخية · وبما ان مريضتنا قد اصابها ارتعاش قصدي وعسر قياس الحركات وجب علينا ان نظن بان العامل المرضي الذي اصاب العمود السنجابي الامامي الايسر ولحس الحزمة الهرمية قد انتشر ايضاً الى حزم النخاع الشوكي السطحية

هذا هو التشخيص الذي نظنه قريباً من الحقيقة · لانــه لو كان الامر تصلباً مشتركاً لما تجاوز هذا التصلب الخط المتوسط ·

واننا لم نجد في سوابق المريضة ولا في معاينتها ولا في التحريات المخبرية التي أُجريت سوى السل لتعليل هذه الآفة النخاعية الشوكيــة ويظهر كما يدعي سند (Sand) ان السل سبب ثلثي حوادث التصلب المشترك ·



الجراحة

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم
وكيفية تشخيصها ومداواتها
«٤»

للحكيم عبد القادر سري
استاذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح

خراجات محيط المسكن الحشوي

هي المجامع الصديدية التي تجتمع في المسكن الرقبي العقدي ولها اشكال كثيرة غير اننا نحصر بحثنا في الاشكال التي تتصف بتظاهرات حول البلعوم ٠

وقد اثبتت لنا السريريات ان معظم هذه التقيحات ينشأ من العقد البلغمية وان الباقي منها ينشأ من نفوذ بعض المجامع التي تتكون خارج المسكن العقدي وتظهر بعلامات بلعومية ٠ كالتظاهرات العنقية الباطنة لتقيحات الخشاء التي سماها (موره) التهاب الخشاء الوداجي ذي البطين الذي يتبع الصديد فيه حتى انفجار الخشاء البطن الخلفي لذات البطنين والوريد الوداجي الباطن ويظهر في القسم العلوي من العنق ٠

تنشأ الخراجات الجنبية العقدية اذاً من السلسلة العقدية الوداجية فاما ان تكون باردة وتنشأ من التهاب العقد السلية للعنق او حارّة فتنشأ من مضيق الحلقوم ولا سيما من بطانة البلعوم وقاعدة اللسان ٠ وحقيقة الامر اننا لو أمعنا النظر في ناحية فوق العظم اللامي الجنبية من العنق لرأينا ان جذوعاً جامعية

وكتلاً عقدية بلغمية تتألف من المجموعتين الوريدية والبلغمية الموجودة فيها وانها تلامس الوجه الوحشي للوريد الوداجي الباطن وان لها شأناً في السريريات كالجذع الوريدي الدرقي اللساني البلعومي الوجهي مثلاً ٠

ثم تعقب السلسلة العقدية التي تلامس الوريد الوداجي الباطن وتصعد معه حتى قاعدة القحف ويستقر بعضها بين هذا الوريد والحزمة العضلية الابرية ذات البطنين ويعقب القسم الاخر منها السويقة الوعائية للاوعية القحفية والسويقة القصية الخشائية العلوية التي ترافق العصب الشوكي وتنشأ من السويقة الاولى وتعرف بـ (السلسلة القحفية الخشائية) ٠

فيتبين من ذلك ان العلامات المرضية الناتجة من التهاب العقد البلغمية الكائنة في العنق تختلف سريرياً حسب موقع العقد الملتهبة ٠ فاذا اصاب الالتهاب العقد السفلى تكونت ذات العقد السباتية الانموذجية التي قد تسير نحو الجلد وتنفتح فيه ٠٠ واذا اصاب المجموعة العقدية العلوية حيث الغدة النكفية في الوحشي والخشاء في الوراء والفك الاسفل في الامام لم يقو التقيح على الوصول الى سطح الجلد فبرز على الجدار الجنبي للبلعوم ٠ لهذا تتصف المجموعة العقدية العلوية اي مجموعة ما تحت زاوية الفك (لشسنياك) بالعلامات الطبيعية الانموذجية متى ظهرت في جانب البلعوم ٠

اسباب المرض : — تنصب القنيات الجامعة للبلغم من الطبقة القفوية في المجموعة العقدية الرقبية العلوية فآفات هذه الطبقة قلما تحدث خراجات البلعوم الجانبية بل تنشأ من التهاب المجموعة العقدية الكائنة تحت البطن الخلفي لذات البطنين نفسها او من اشتراكها مع التهاب المجموعة العقدية تحت القفا والخشاء

وبما ان عقد المجموعة المذكورة تتلقى الاوعية البلغمية التي تنشأ من مضيق الحلقوم ولا سيما من ناحية اللوزة وقاع الحفرتين الانفيتين والوجه الموافق له في الحفاف كان الفلغمون العقدي الجنبي للبلعوم او تحت زاوية الفك ناشئاً من التهاب اللوزتين او في سياق الامراض الانتانية او الحميات الاندفاعية ولا سيما الذباح والحصبة التي تصحبها آفات التهاب او قروح في مضيق الحلقوم ·

وقد يعرقل الفلغمون المذكور القروح الفمية البلعومية التي تظهر على البطانة المخاطية في سياق الحمى نظيرة التيفو وهذا نادر · ولكنه ينشأ من آفات قاع الحفرتين الانفيتين والارتشاحات البلغمية للوجه العلوي من الحفاف ومن قروح سويقات الحفاف والقسم الخلفي من مخاط الخدين ·

واما العوارض السنية التي دقق فيها البحاثة (سبيلّو) فهي من الوقائع السريرية النادرة لان هذا الشكل الاستثنائي ينحصر في العوارض المخاطية التي تقع حين نبت الناجذة والعوارض الكثيرة الوقوع هي الفلغمونات العظمية التي تنشأ من التهاب مفصل قمة جذور الاسنان وتمتاز بكونها منحصرة في المسكن الماضغ ولها مشهد سريري خاص ·

هذا ما يقال في الخراجات العقدية الحارة التي تلحق بها اشكال لا عقدية اخرى تنشأ من التقيحات الاذنية الخشائية التي سماها (موره) بالالتهابات الخشائية الوداجية ذات البطنين الآتي وصفها ·

واما الخراجات الباردة فقلما تنشأ من التهاب المجموعة العقدية الجنبية للبلعوم بل من الالتهاب السلي الذي يصيب جميع عقد العنق البلغمية ·

الاعراض : — تقسم الى وظيفية وطبيعية

العلامات الوظيفية : تشابه العلامات الوظيفية للفلغمون العقدي تحت زاوية الفك العلامات المشتركة للفلغمون ما وراء البلعوم المتوسط باتصافه بعسر البلع الآلي فيشعر المريض في اثناء البلع كأن جسماً غريباً في حلقومه يضطره الى اجراء حركات بلع مستمرة وبما ان المجمع الصديدي لم يصعد الى القطعة الانفية ما وراء البلعوم فاختلالات التنفس لا تعتري المريض

العلامات الطبيعية : اذا كان المجمع الصديدي صغير الحجم فلا يبدو تبدل ظاهر في العنق · و يصعب تعيين التعجن العميق الذي يشعر به الطبيب المستقصي بالمس الاصبعي متى قابل الطرفين احدهما بالاخر ·

واما اذا فتح فم المريض ودقق فيه فانه يرى ان ميزابة البلعوم لا تناظر فيها لان بروزاً خفيفاً يبدو وراء السويقة الخلفية من جدار البلعوم في الجهة المريضة واذا جسّ بالاصبعين فادخلت سبابة احدى اليدين في فم المريض وطبقت على جدار البلعوم ثم وضعت اصبع اليد الاخرى وراء زاوية الفك كالمحجن وقعت الكتلة الجنبية للبلعوم بين اصبعي الطبيب المستقصي فتمكن من تعيين موقع الافة وحجمها وقوامها · ولكن يجب في الحالات التي يكون فيها حجم الخراج صغيراً ان يجرى هذا الجس في الطرفين ليعرف الفرق الموجود بين الطرفين السالم والمؤوف ·

وتشعر الاصبع الموجودة في الفم بنبضان الشريان السباتي دائماً على جدار البلعوم · هذا ما كان من امر الخراج الصغير الحجم

واما اذا كان المجمع جسيماً فانه يدفع المسكن النكفي والاعضاء الموجودة فيه كتلة واحدة الى الوحشي فتزول الانخفاضات الطبيعية وراء زاوية الفك

رويداً رويداً ويستعاض عنها ببارزة تمتد الى الاسفل والوراء فترفع العضلة القصية الترقوية الخشائية وتنزل ايضاً الى الميزابة السباتية . وقد تنطبق البارزة المذكورة في الامام على زاوية الفك وفي الوراء على الخشاء دون ان يؤثر ذلك في ماهيتها فتبدو كأنها متصلة بهما ولكن الاجزاء العظمية المذكورة تمتاز عنها دائماً بأن تلامس تساعد الجراح على جسها وتفريقها عن سائر التشكلات التشريحية .

واذا فتح فم المريض كان جدار البلعوم اكثر بروزاً الى الانسي مما هو عليه في الشكل الاول فيدفع المسكن اللوزي كتلة واحدة ويرى كأنه ملتف حول محور السويقة الامامية من الحفاف فينظر مع اللوزة الى الامام عوضاً عن ان يتجه الى الطرف الموافق له . غير ان كل هذا لا يؤثر في الاعضاء المذكورة لان الحفاف واللوزة والسويقة الامامية تبقى طبيعية . ويساعد الجس بالاصبعين على تعيين التموج وتشعر الاصبع الجاسة وهي في الفم بنبضان الشريان السباتي الباطن في بعض الحالات لانه يقترب من جدار العضو المذكور .

ولا يؤدي حجم الخراج الى احداث اضطرابات تنفسية .

العلامات المشتركة الجنبية البلعومية الحلقية

واشكالها السريرية السائرة

الفلغمونات العقدية : — يضم هذا النوع جميع الفلغمونات العقدية السباتية ويشير (تروفرت) بتمييز الفلغمونات التي تصيب المجموعة العقدية الكائنة بين الوريد الوداجي الباطن والبطن الخلفي من ذات البطنين عن الفلغمون الغظمي قرب زاوية الفك لانهما يختلفان باسبابهما واشكالها السريرية فالفلغمون العظمي قرب زاوية الفك ينشأ من آفة سنية عظمية والفلغمون العقدي من

آفات جوف الفم و بطانته المخاطية · ويقول (تروفرت) ان العلامات الاولى للفلغمون العقدي خلف البلعوم هي علامات خناق لان الافة تبدأ هناك في اللوزة ·

وقد يستتر دور الخناق هذا فيمر دون ان يعرف عنه شيء فاما ان يكون خفيفاً او ينطفي في الموقع الذي بدأ فيه ولا يبقى في ذاكرة المريض منه الا الشيء القليل لان دور الصولة يأتي بعلاماته الشديدة

ويظهر لنا الجس العميق بالاصبع في هذا الدور كتلة صغيرة موئلة تحت زاوية الفك دالة على تفاعل العقدة الذي يرافق دائماً آفات اللوزة الحنكية ·

دور الصولة : — يقسم الى صفحتين : صفحة الورم وصفحة تكوّن الخراج او التقيح ·

صفحة الورم : تقسم العلامات التي تشاهد فيها الى علامات وظيفية وعامة وطبيعية واليك بيانها :

العلامات الوظيفية : اذا لم نذكر عسر البلع الذي هو عرض خاص بالفلغمون ذكرنا الألم والاجل اللذين يظهر ان في عنق المريض

وتختلف صعوبة البلع حسب الحالات فهي شديدة ثم تخف او تزول وتشتد ثانية · واما العلامات الرقبية فسببها تخرش الياف الزوج الحادي عشر والليفات الحسية من الضفيرة الرقبية بالالتهاب العقدي والانعكاس الالتهابي المحيط بالعقد المذكورة فيميل رأس المريض كما في الاجل و يصاب بالالم وتنتشر الآلام الى الناحية فوق الترقوة وزاوية الكتف وتتشنج العضلة القصية الترقوية · و يصعب فتح الفم و يؤلم لان العقد الملتهبة واقعة بين الخشاء وزاوية الفك

ثم ينتهي الامر بكزاز الفك ٠

العلامات العامة : تختلف باختلاف العامل المقيح وشدة سميته وهي حمى عاليـة ٣٩ ٠ ووهن زائد

العلامات الطبيعية :يظهر فيالقسم العلوي من الميزابة السباتية في الطرف المؤوف انتباج يمتد الى الوراء نحو الخشاء والى الامام نحو الناحيـة ما فوق العظم اللامي الجنبية فيرفـع العضلة القصية الترقويـة الخشائية ويمحو الانخفاض الموجود وراء زاوية الفك واذا وصل الى الخشاء وزاوية الفك فلا يكون معهما كقطعة واحدة بل يبقى بين التورم والاعضاء المذكورةاثر يساعد على تفريق احدهما عن الاخر ٠

وقوام هذا الانتباج صلب وجسه موُلم والجلد الذي يستره احمر وذمي حار الملمس ٠ وقد ينزل التعجن من الناحية المؤوفـة الى الاسفل دون ان يتجاوز الخط الدرقي الافقي العلوي ٠ ويظهر لنا جس الناحية السباتية عـدا السلسلة العقدية الوداجية الظاهرة — عقداً عظيـمة متعجنة اخرى موُلمة ناجمة من امتداد الفلغمون العقدي الكائن فـي القسم العلوي من الناحية المذكورة ٠

واذا فتح فم المريض وأُنير بمرآة (كلار) شوهد عدا الاسباب الاصليـة المحدثة للآفة ان الميزابة البلعومية غير متناظرة وبدا وراء اللوزة انتباج واضح يدفع تارة السويقة الخلفية من الحفاف وطوراً يمتد عليها ، لونـه احمر وذمي قوامه — اذا كان جسه بالاصبع ممكناً — صلب او لين غير ان الجس موُلم قلما يمكننا المريض من اجرائه وتكون الناحية اللوزية محافظة على وضعهـا الطبيعي ولا تبدل فيها ٠ وقـد يبدو الانتباج نابضاً لان نبضان الشريان السباتي الباطن

ينتقل اليه وهذا نادر ٠ ويمكننا الجس بالاصبعين من الوثوق بان الانتباجين البلعومي والرقبي متصل احدهما بالاخر ٠

وقد تشفى بعض الحالات شفاءً طوعياً وذلك نادر حسب رأي تروفرت لانها تتقيح في اكثر الاحيان وتميل الى التوسع فهي اذن اكثر وخامة من سائر الفلغمونات التي تحدث في العنق ٠

صفحة تكوّن الخراج : تتصف هذه الصفحة في الحالات الخفيفة بسكون العلامات العامة سكوناً قليلاً مناسباً لوقوف الافة واما في الحالات الوخيمة فتشتد العلامات المذكورة فتبلغ الحمى الاربعين او تتجاوزها وتتصف بالاهتزاز ويعود وجه المريض ترابياً ويسرع النبض ويصغر وقد يتشوش نظمه وتصحبه علامات إغماء منبىء بوقوع غشي مزعج او مميت ٠

ثم يضاعف الارتشاح الفلغموني في القطعة المؤوفة الوذمة التي تتصف بها التقيحات العميقة وللوذمة لون احمر وقوام صلب وهي تستقر اولاً ازاء الحافة الامامية من العضلة القصية الترقوية الخشائية ثم تمتد الى مدى ابعد من ذلك اذ قد تشاهد ازاء زاوية الفك الاسفل والقسم السفلي من الناحية الخشائية ٠ هذا عدا اشتداد العلامات الوظيفية ولا سيما الزلة و كزاز الفكين ٠

واما العلامات الطبيعية التي قد تشاهد في هذه الصفحة فلها شأنها الخاص لان عليها يتوقف عمل الجراح وافراغ المواد العفنية ٠

ففي العنق عدا الارتشاح الوذمي في الطبقة الجلدية ارتفاع هذه الطبقة واكتسابها لوناً احمر خاصاً منبئاً بوقوع خراج تحتها ولدى الجس يشعر بالمقاومة وبالانطباعات الاصبعية فيها ٠ ويصعب الجس بالاصبعين اذ قد تنتج منه وذمة

المزمار وهو قلما يكفي لتحقق التموج :

ولهذا يجب ان يفتش عن التموج في الخارج في النقاط المختلفة من القطعة المؤوفة . ولكن الوصول الى هذه النتيجة متعذر الا في الادوار المتأخرة من المرض .

واذا لم يتيسر للطبيب المستقصي اثبات التموج واجراء الشق اللازم لافراغ الصديد منه مرّ الصديد حينئذٍ الى النواحي المجاورة لموقع الآفة فسار الى تحت الجلد او اتبع طريقاً آخر فانصب في البلعوم فكانت منه بعض العراقيل المزعجة التي تهدد حياة المريض غالباً .

وقد يستولي الصديد على الطبقة الخلوية المحيطة بالعقد البلغمية ثم يتقرب من الجلد ويبرز على الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية بانتباج مقاوم في بدئه فلين لا تلبث ان تظهر فيه علامات التموج فيشق ويفرغ منه الصديد المجتمع فيه .

واذا ترك الخراج وشأنه ثقب الجلد عفواً وخرج الصديد دون ان تزول العلامات العامة والوظيفية لان النواسير تبقى والتقيح يستمر الامر الذي يجعل المريض عرضة لانزفة مميتة في الغالب . وتقع هذه النواسير تارة على الحافة الامامية للقصية الترقوية وطوراً ازاء حافتها الخلفية او في نقاط اخرى من الناحية فوق الترقوة .

هذا اذا انبثق الخراج على الجلد واما اذا انبثق في البلعوم فيستقر حينئذٍ وراء السويقة الخلفية من الحفاف وقد يشفى المريض وان نادراً لانه كثيراً ما تعقب هذا الانفجار العفوي في البلعوم ومرور المواد العفنية الى طرق التنفس

عوارض اختناق فجائية او أحد التعفنات الرئوية الوخيمة ·

وقد لا تقف الفلغمونات العقدية عند هذا الحد بل تتعداه الى الاوعية والاعصاب فتطرأ انزفه صاعقة وكثيراً ما تتقدم هذه الانزفة ارتشاحات طويلة المدى ·

وسبب هذه الانزفة انثقاب جدران الاوعية بالصديد الذي يتلفها او تكون خثرة فيها تكون مصدراً للصمامات الانتانية · وينتخب الالتهاب في هذه العراقيل الشريانين السباتيين الاصلي والباطن والوريد الوداجي الباطن من اوعية العنق ويرجح وقوع الالتهاب السدادي في الوريد الوداجي الباطن بنوافض وعرق غزير واختلالات الهضم والبول فظهور هذه العلامات ينبئ بانتقال الصمامات وقصور الكبد ·

واما الاعصاب التي تشترك بهذه الاصابة فهي الاعصاب المختلطة الخمسة البلعومي اللساني ، والرئوي المعدي والشوكي والعصبان ما تحت اللسان الكبير والودي · فيعرف انها التهبت بتنبهها او بالنهي العصبي ففي الحالة الاولى تظهر التشنجات ونوب الاختناق وفي الحالة الثانية الشلل الذي يصيب عصباً واحداً أو اكثر وتتصف بالعلامات المشتركة التي اتينا على وصفها في كلامنا عن شلل العصبين الراجعين من هذه المجلة ·

ويتصف النهي العصبي للزوج العاشر في ادواره الاخيرة بالموت الفجائي او السريع مع عوارض وهن القلب (للبحث صلة)



اربع وعشرون حادثة كسر الفكين برام نارية

« تتمة »

للحكيم غوستاف جينستاي احد اساتذة شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

٣ — كسور الفكين معاً

المشاهدة الثالثة والعشرون : ك . جرح في ١٧ شباط سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في اليوم نفسه

التشخيص — ١ً شق الشفتين العليا والسفلى برم دخل تحت الانف الايمن وخرج فوق الذقن

٢ً كسر الثنيتين اليمنى واليسرى العلويتين والرباعية اليسرى العليا وتصدع الاسناخ وكسر الثنيتين والرباعيتين السفلى .

دل الرسم الكهربي على كسر معترض لا تبدل في قطعه واقع في الفك العلوي فوق خط الاسناخ

المعالجة . خياطة غشاء الشفتين الخاطي بالحمشة وجلديهما بشعر فلورنسة

غسل الفم مرات عديدة في اليوم ، تغذية بالسوائل



الرسم — ٢٣

٢٤ شباط — استخراج كسارات الاسنان من الفك العلوي

٢٧ شباط — استخراج الجذور السفلى

٩ اذار — سمح للجريح بالخروج

٢٥ نيسان — الجروح اندملت ، وضع جسر في العالي وآخر في الاسفل .

المشاهدة الرابعة والعشرون : علي ٠٠ جرح في صلخد في ٣ حزيران سنة ١٩٢٦ دخل المستشفى في السادس منه ٠

التشخيص : دخل المرمي تحت الوجنة اليسرى ولم يخرج وقد احدث التخريبات التالية :

١ — كسراً في حافة الفك العلوي الايسر السنخية وتخريباً في الرباعية والضاحك الاول الايسرين العلويين وتقلقلا في الثنية اليسرى العليا ٠

٢ — كسر قسم من الفك العلوي الايمن فصل عن باقي الفك القطعة حيث مغارز الثنية والرباعية والضاحكين

٣ — جرح اللسان وتورم المنطقة تحت الفك اليمنى وكانت القطعة المنفصلة عن الفك الايمن متحركة جداً

المعالجة : تنظيف مركز الكسر في الفك العلوي الايسر واستخراج الشظايا العظمية السطحية منه غسله بمحلول دكان وفوق منغنات البوتاس (١ — ٢٠٠٠) طلي جروح الفم بمحلول زرقة المتلين المئوي تغذية بالسوائل

الرسم — ٢٤

٨ حزيران — دل الرسم الكهربي على ان المرمي واقع في الناحية تحت الفك اليمنى وان كسراً ناقصاً خطياً لم يشخص تشخيصاً سريرياواقع في الفك السفلي حذاء الرحى الاولى اليمنى السفلى ٠

٩ حزيران — استخراج المرمي بعد التخدير الموضعي

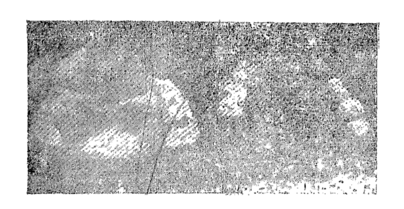
١١ حزيران — وضعت قوس على الفك العلوي لاعادة قطعة العظم التي تبدلت بعض التبدل الى مقرها وثبتت هذه القوس بحلقتين وضعت احداهما على الرحى الثانية العليا اليمنى والثانية على الضاحك الثاني العلوي الايسر

١٤ حزيران — عادت القطعة الى مكانها واستخدمت القوس التي وضعت لرد القطعة المتبدلة للتثبيت ٠

٢٨ حزيران — خرجت شظية حذاء كسر الفك السفلي الذي تحرك بعض التحرك ٠

استخرجت الرحى الاولى اليمنى العليا ، ضعت ميزابة فضة مسبوكة لان الكسر لم يندمل .

٧ تموز — نزعت القوس العليا ووضع مكانها جهاز من المطاط المكبرت



الرسم — ٢٥

ملاء الفراغ الكائن في الفك العلوي الايسر ودعم القطعة اليمنى المندملة بقوس مشرشرة مارة امام الاسنان .

١٣ تموز — ارسل الجريح الى بيروت .

. . . . .

لا نتكلم طويلاً عن التشريح المرضي والتشخيص بل نطيل البحث في المعالجة .

ان المشاهدات التي اوردناها نجمت كسورها جميعها من مرام نارية واكثر البندقيات التي كانت مستعملة هي من نوع (الموزر) وكان اطلاقها من بعد ٢٠٠ — ١٠٠٠ متر

وكانت ثقوب الدخول والخروج نقطية في اكثرها اما تخريبات العظم فكانت شديدة لان المرمي كان يكسر العظم تكسيراً متى صادف منتصفه وكان

ينزع منه متى صادفه عند حافته قطعة كانها مقتطعة بالمجوب emporte-pièce) كاسراً جسم العظم كسراً خطياً او مبقياً عليه كما هو (المشاهدتان ١٦ ، ١٧) ٠

وقد لاحظنا ان الفك العلوي كان يحتمل الصدمة اكثر من الفك السفلي لانه موءلف من قبة وعمد ولان فيه اجوافاً ولان نسيجه قليل الكثافة : وهذا ما كان يدعو الى انحصار الكسور في قسم من العظم دون سواه خلافاً لما هي عليه في العظام الكثيفة النسج ٠

وكسور الفك العلوي لا تتبدل تبدلاً يذكر (المشاهدة ٢٤) لانه لاعضلات كثيرة ترتكز عليه ولا ينزف وقد اثبتت هذا الامر مشاهدات المؤلفين وايدته ايضاً مشاهداتنا ٠ فاننا لم نحتج في جميعها التي كان العظم بها مكسراً تكسيراً شديداً الى ربط شريان وقد كفى دك الجرح في المشاهدة الثالثة دكاً خفيفاً لايقاف النزف بعد العملية ٠

<u>التشخيص</u>: تشخيص هذه لكسور سهل في الغالب لان اتجاه المرمي علامة كافية للدلالة على الكسر ولان عظمي الفكين سطحيان والتخريبات التي تعتريها تدرك بالعين ٠ واذا كان التبدل في الفك العلوي قليلاً لان الارتكازات العضلية قليلة عليه فليس الامر كذلك في الفك السفلي الذي تصاب قطعه المكسورة بالتبدل بعد انكسارها فتنحرف او تتراكب ٠ ويدل التشوه الناجم من تبدل الذقن ومنظر الوجه ووضعة اقواس الاسنان على قصر احدى شعبتي العظم حسب محورها الافقي او العمودي بعد انكسارها ٠ ومن الحوادث ما لا يكشف فيها الكسر على الرغم من شدة التخريبات التي اصابت العظم وذلك حتى لم يتبدل منظر العظم العام بعد الكسور (كما في المشاهدات ٨ ، ١٠ ، ١٤) ٠

فقد تجوز هذه الكسور على الجراحين الحاذقين الذين لا يرون كثيراً من كسور الفك مع انها لا تجوز على جراح الفم الذي ينتبه الى اصغر العلامات الدالة على تبدل ضعيف كانطباق الاسنان وحركات اللقمتين . وهذا صحيح في الكسور التي لا يصحبها تبدل في الزاوية والرأد ولا سيما ناحية اللقمة ولم يتسن لنا ان نعالج كسوراً من هذا النوع الذي اوضحه جيداً بارشر .

امـا الاعراض الشخصية فخفيفة فالالام ليست شديدة وقلما تكون عفواً بل تنبه بالضغط او بتحريك الفك غير ان تعذر المضغ وعجز الفك عن القيام بوظيفته هما القاعدة المطردة وهذا العجز يظهر ايضاً في كسور الفك السفلي بانفراج القوسين السنيتين و بانصباب اللعاب المدمم النتن الرائحة من الفم

والتصوير بالاشعة لا غنى عنه لانه اذا كانت الاعراض السريرية كافيـة لتشخيص الكسر فانها لا تكفي لمعرفة امتـداد الافة ولا لادراك حالة المركز والشظايا و كسارات الاسنان ولا سيما الجذور فيجب والحالة هذه ان يرسم العظم قبل البدء بالعملية الجراحية او المعالجة مهما كان نوعها .

المعالجة : الاراء فيها متباينة بعض التبـاين . ولكن لا يخفى ان الفكين عظمان كسائر العظام تتبع كسورهما السير الذي تتبعه كسور تلك فلا يجوز لنا والحالة هذه ان نخالف في معالجتها القاعدة بل يجب ان يتولاها طبيب اختصاصي لكي يحسن اجراءها . فكما ان القابلة لا تتولى الولادات الصعبة كذلك طبيب الاسنان لا يستطيع ان يقوم بمعالجة كسور الفكين ولا سيما المفتوحة منها .

يجب ان يرد كسر الفك المحدث بورم ناري رداً حسناً ثم يثبت كما ترد سائر الكسور الاخرى وتثبت ولنذكر ان الكسر مفتوح وان علينا احتياطـات

لا بد من مراعاتها . اما رد الكسر فيجب ان يكون سريعاً لان رده في البدء سهل ولانه يخفف الم الجريح ويبعد عنه العراقيل (تمزقات الاقسام الرخوة والنزف والتقيح الغزير) فجميع هذه الاسباب تدعو الى نقل الجرحى للمستشفيات باسرع الطرق (بالطيارات اذا كان ذلك مستطاعاً)

لان الجرحى الذين تمر على اصابتهم بضعة ايام يأتون المستشفى وحالتهم سيئة فأفواههم مجامع يتدفق منها صديد غزير نتن وألمهم حاد يمنعهم عن التغذية ويثور لاقل لمس او حركة . ولكن متى ثبتت القطع هجعت الآلام وخف سيلان الصديد بعد غسل الفم مرات عديدة في اليوم بمحلول دكان او فوق منغنات البوتاس ١ — ٢٠٠٠ لان هذا المحلول يزيل رائحة الصديد النتنة وعلى الجريح ان يغسل فمه بهذا المحلول مرات عديدة في اليوم .

وتزال الشظايا وينضرجرح الاقسام الرخوة وتنزع الجذور وتستخرج الاضراس المتنخرة تنخراً شديداً وتقلح الاسنان ثم يثبت الكسر بعد ان تكون أجريت كل هذه الامور .

ولكن ما هي الخطة التي يجب اتباعها متى كان الطبيب ازاء كسر مشظى يشير البعض بنزع الشظايا منذ البدء بعد فتح مركز الكسر فتحاً واسعاً (سبيك وده برسون وفيليار) ويشير البعض الاخر بالاقتصاد . ففي الحالات العادية التي تنجم بها الكسور عن مرام كما في المشاهدات التي اوردناها قلما يشار بالعملية الجراحية . ومتى وقع الكسر في الفك السفلي كان على الجراح ان يكون مقتصداً حتى البخل فلا يحق له ان ينزع شيئاً يرجى منه الالتصاق والحياة . ان نزع الشظايا لم يكن ضرورياً ولا في حادثة من الحادثات التي أوردناها .

فلو وقع الكسر في عضد او ساق وانتزعت الشظايا لقصر الطرف غير ان قصره لا يفضي الى القضاء على وظيفته

اما الفك السفلي فهو غير هذا لانه اذا فقد بعض اقسامه الهامة ولم يكن من سبيل الى استعادتها اضاع وظيفته ٠فيشابه الفم مطحنة كسر احد دواليبها ٠ ويصعب جداً على الاختصاصيين ان يتلافوا هذا الضياع فعلينا اذن ان نحترم قطع العظم الحية مهما كانت صغيرة ٠ اما الشظايا الحرة التي تبدو وكسارات الاسنان فيجب اخراجها واذا لم يخرجها الجراح خرجت عفواً بعد بضعة ايام ٠ والتحفيض (drainage)سهل في جروح الفكين لان الاقسام الرخوة التي تحيط بها قليلة فالعراقيل التي تخشى وقوعها في كسور الاطراف المفتوحة بعيدة هنا عن الوقوع ٠ فاذا بقيت شظية عميقة وانفصلت عن العظم وماتت تكوّن حولها مجمع صديد صغير فانفتح الى الجلد او الى الغشاء المخاطي (كما في المشاهدات (٢و٣و١٩) ويكون الكسر قد رد حينئذ وثبت والدشبذ قد بدأ بالتكون فاذا حاولنا نزع الشظية نزعنا معها شيئاً صالحاً ما بدأت الطبيعة بتكوينه وان المشاهدات (١و٧و٨و١٣) لأكبر دليل على ما نقول ٠

فلو ان الظنبوب اصيب بكسر مشظى شبيه بكسور الفك هذه لكان عولج معالجة جراحية غير ان كسور الفك تستدعي الاقتصاد وما النتيجة الا حسنة ٠ فجريح المشاهدة الثالثة قد نزعت شظاياه قبل ان يعهد به الينا فكانت النتيجة ان كسره لم يندمل الا بعد تسعة اشهر وبعد ان طعم فكه بطعم عظمي سمحاقي ٠ لنذكر دائماً ان الفم يتحمل جيداً العوامل المرضية التي لا تتحملها النواحي الاخرى من الجسد بل تحدث فيها عراقيل شديدة فان جريح المشاهدة ١٣

لم يعالج كسره المشظى معالجة حسنة لان حالته العقلية منعتنا عن ذلك ولم يتألم كثيراً على الرغم من كل هذا . فان فكه اندمل في وضعة معيبة وانطباق اسنانه كان مختلاً واما حالة فكه على الرغم من كل هذا فاحسن مما لو اجريت له عملية نزع الشظايا لان هذه العملية كانت افقدته قسماً كبيراً من فكه فنجم منه مفصل كاذب رخو جداً

ويجب ان تخاط الاقسام الرخوة منذ البدء بعد ان تنضر لكي تندمل اندمالاً سريعاً . وقد ذكر هذا الامر روفيلوا في جمعية الجراحة ونبه الافكار اليه حين قراءته الاعمال التي قام بها سبيك وده برسون وفيليار .

ومعظم مرضانا كانوا مصابين بجروح نقطية في الاقسام الرخوة لا تحتاج الى خياطة او تنضير . واما الذين كانوا بحاجة اليها فقد طبقت عليهم هذه القاعدة (كما في المشاهدتين ١٥ و ٢٠) فانفتقت الغرز بعد بضعة ايام . ومتى ضاع قسم كبير من الاقسام الرخوة (كما في المشاهدة ١٥) يجب ان يعوض عنه بالتصنيع بعد زوال الاعراض الالتهابية . هذا ما يعود الى الجراحة العامة

ولكن كيف نضمن الرد والتثبيت ؟ ان الجواب عن هذا السؤال عائد الى الاختصاصيين بامراض الفم . لانهم احق من سواهم باصلاح هذه الكسور وتثبيتها وان النتائج التي جناها سبيك في مراكش مع موازريه في العمل لباهرة

ان رد هذه الكسور وهي حديثة العهد سهل للغاية فالشعبة الافقية وحدها هي التي تتبدل تبدلاً كبيراً اما الرأدان فهما مضبوطان باطار من العضلات . فالرد باليد او بالاستعانة بشد مطاط كاف وربط الاسنان بعضها ببعض يقرب القطع وقوس انغل تكفي لضبطها ضبطاً حسناً وهذه الاداة الاخيرة كثيرة

الاستعمال لانها تحرك قطع العظم تحريكا تدريجياً لطيفاً (المشاهدة ٢٤)

وخير واسطة لتثبيت الفك في وضعة حسنة هي ميزابة فضة مسبوكة تترك وجه الاسنان الماضغ حراً وتصل حتى اللثة . فهي بانطباقها انطباقا حسناً وصلابتها الشديدة تثبت قطع الكسر تثبيتاً جيداً والفضة هي من المعادن التي يسهل صبها وعملها وهي موجودة في كل مكان وقد صنعنا ميازيبنا من المجيديات التركية لان المعدات لم تكن متوفرة لدينا (المشاهدات ٢و٣و٦و٧و٢٤)

تثبت الميزابة تثبيتاً حسناً قطع الكسر على ان تكون في هذه القطع اسنان متينة . اما اذا لم تكن في احدى القطع واسطة للتثبيت او اذا كانت الاسنان قد كسرت جميعها في اثناء الحادثة او اذا وقع الكسر قرب الزاوية والرأد فلا يستطاع تثبيت الكسر الا بعد الاستعانة بالفك المقابل فتصنع في هذه الحالة ميزابتان احداهما عليا والثانية سفلى وتغلف كل منهما خمس الى ثماني اضراس ثم يطبق الفم ويثبت الكسر في هذه الحالة وهي خير واسطة في التثبيت وتغرز في الوجه الوحشي للميزابتين محاجن صغيرة يربط بها خيط شبه او نحاس فيبقى الفم منطبقاً ويسهل نزع هذا الخيط للكشف على حالة الفم (المشاهدتان ٣و٤)

ومتى لم يكن وضع الميزابة ممكنا قامت قوس انغل بهذا الدور موقتاً ونقول موقتاً لان ميزابة الفضة خير منها فهي تمكن الجريح من التغذي دون ان تتحرك القطع اقل تحرك . بيد ان القوس ليست متينة ولا كافية لتثبيت القطع جيداً اذن وضع الميزابة واجب في جميع الحالات التي يكون الوضع فيها ممكناً وعدا ذلك فالمريض يحتمل الميزابة اكثر من القوس .

وربط الاسنان عند عنقها يسبب تفاعلا التهابياً يسهل التغلب عليه

بالنظافة (غسل الفم والطلي بزرقة المتلين المئوية)

وبعد ان يثبت الكسر يغسل الفم بالزراقة بمحلول دكان او محلول فوق منغنات البوتاس ١ — ٢٠٠٠ سواء اكان الفم مغلقاً او مفتوحاً . ويعطى الجريح انبوب مطاط ليقوم بهذا العمل . وتعاين الربط والميزابة في كل يوم وتطلى اللثات بزرقة المتلين المئوية ويغذى المريض بالسوائل (مرق وحليب)وتضاف اليها عصارة اللحم او مسحوق فاريه ويعطى من كان فمهم يمكنهم من ذلك مسحوق الارز او مدقوق الخضر والحبوب .

ومتى كان الكسر مثبتاًوالفممغلقاً يغذى الجريح من فرجة سن مستخرجة فستخرج سن لهذه الغاية ونتخب ضاحكا في الفك السليم حذراً من ان نحرك الكسر تحريكا نحن بغنى عنه . واستئصال الضاحك كاف للتغذية ولا يسيء الى منظر الفك

ولكن كم هي مدة التثبيت ؟

لم نستطع ان نبقي جميع جرحانا لضيق المستشفى وقد تمكنا من مراقبة ستة منهم حتى الشفاء التام . فكانت المدة بين ٣٠ و٧٥ يوماً

ولا بدّ لنا بهذه المناسبة من وضع مسألة التثبيت المتمادي على بساط البحث فمن المؤلفين من يفضل مراقبة حالة الفم كل ٨ — ١٠ ايام مرة فينزع الربط توصلا الى ذلك (دوشنبج) . اما جرحانا الخمسة الذين نالوا الشفاء فقد احتملوا التثبيت المستمر دون ان نرى حاجة الى مراقبة افواههم او محذوراً من اغلاقها وقد احتمل احدهم هذا الاغلاق ستين يوماً . على ان . اعى نظافة الفم مراعاة دقيقة . ولم يشعر هؤلاء الجرحى بعد فتح افواههم ومرور

٦ ـ ٨ ايام عليه باقل انزعاج ٠

وقد ذكر امبرت وريال حادثة رجل قتل بقضاء وقدر وكان مصاباً بالتصاق احد مفصلي الفك التصاقاً مشدوداً اما المفصل الثاني فبقي سليما مع انه كان قد اصيب بالتصاقه الاول منذ نعومة اظفاره ٠ الامر الدال على ان الالتصاق لا يخشى شره كما يظن بعض المؤلفين ولعمري هل تراقب حركة المرفق او الركبة في كسور العضد او الفخذ ؟

<u>العراقيل</u> : رأينا منها في سياق المعالجة الاشياء الاتية :

١ — تكوّن خراجات : ناشئة من الشظايا الحرة وقد شفيت بسرعة بعد انقذاف الشظية (المشاهدتان ٢و٣)

٢— مفصل كاذب:رأيناه في المشاهدتين (٣ و ١٥)وكان سببه في المشاهدة الاولى عملية استخراج الشظايا وقد احتاج هذا الجريح الى عملية التطعيم بعد ان زالت العوارض العفنة وكللت العملية بالنجاح ٠ اما في المشاهدة الثانية فقد ضاع من العظم قسمه الكبير حتى اننا اكتفينا بالرد الحسن ولم نقرب قطع العظم منذ البدء بعضها من بعض بجهاز حذراً من سوء النتيجة وقد اجريت لهذا الجريح بعد حين عملية التصنيع فكانت صعبة غير انها كللت بالنجاح ايضاً وكانت حالة الجريح تستدعي عملية ثانية لتصنيع شفته السفلى غير ان الحاجة اضطرتنا الى نقله قبل هذه العملية بعد ان تحسنت حالته كثيراً وقد نقل الى شعبة امراض الفم في فال دهغراس حيث تعالج الحوادث الصعبة ٠

٣ ـ وفاة : (المشاهدة ٢٠) نجمت من عرقلة رئوية مسببة من جرح فمه ٠

النتيجة : قد أملى علينا درس هذه المشاهدات ان الاطباء الاختصاصيين بامراض الفم يجب ان يكونوا حيث المعارك مشتعلة لتولي معالجة جروح الفم وكسور الفكين ·

وقد ذكر لنا جراح الجيش في كليكيا مرات عديدة ان معالجة هذه الكسور كانت تزعجه وانه لم يكن قادراً على معالجتها الا معالجة جراحية صرفة · لان ربط الاسنان ووضع ميزابة او قوس امور يسهل على الاختصاصي اجراؤها غير انها صعبة كل الصعوبة على الجراح لانه لم يعتدها ولان معداته لا تمكنه من ذلك ·

وقد كانت اعمال شعبة الجراحة في دمشق كثيرة جداً حتى انها لم تكن تبقي لنا وقتاً كافياً للاهتمام بكسور الفك ·

ولو لم تقض الحوادث بارسال هؤلاء الجرحى الى فرنسة لكان شفي ٢٢ من جرحانا الذين بلغ عددهم ٢٤ شفاءً تاماً في دمشق او بيروت في الشعبة التي يديرها اخونا وهي مجهزة احسن من شعبتنا ولا يخفى ما في هذا من توفير النفقات الطائلة

فمن تراه يقوم بمعالجة هذه الكسور معالجة حسنة تبعد العراقيل المقبلة او المعالجات المعقدة في المستقبل اذا لم يكن في الجيش اختصاصيون بامراض الفم



استطبابات قطع الياف الودي حول الشريان ونتائجه

في جراحة الاطراف (لرنه لاريش من ستراسبورغ)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية في المعهد الطبي بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

اجراء هذه العملية يقوم بقطع قميص الشريان الظاهر على بعد ٨ـ١٠ سم وفي هذا القميص شبكة من الياف الودي آتية من الاعصاب الشوكية .

الخلقة (الفيسولوجية) : تحدث هذه العملية مباشرة في شرايين العضلات التي لا تزال متصفة بخاصة التقلص تقلصاً موقتاً موضعياً سببه تنبه العناصر العصبية المحيطة التي تتبطن العضلات . ثم يعقبها دائماً توسع الاوعية الفاعل في قطعة الطرف الواقعة تحت العملية ويمتد هذا التوسع في اكثر الاوقات الى القطعة الواقعة فوق العملية والعضو المقابل وقد يمتد الى الطرفين الاخرين ايضاً . ويبقى هذا التوسع اسبوعين او ثلاثة اسابيع ويزول زوالا تدريجياً تعلو في اثنائه الحرارة درجتين الى اربع درجات وتزداد الكريات البيضاء

الاستطبابات : هذه الطريقة هي اسهل واسطة لبلوغ الاعصاب الحسي للاوعية والمرور بها الى الاجهزة المحركة للاوعية

ويجب متى كان لا بد من اجرائها في الطرف جميعه ان يستعاض عنها بقطع جذر العصب او ان تشرك بهذه العملية .

وقد درس رنه لاريش هذه العملية في كل من هذه الحالات التالية :

١ ـ عرض الالم

٢ً ــ عرض الاوعية الحركي

٣ً ــ امراض الشرايين العضوية

٤ً ــ امراض الاوردة والوذمات وداء الفيل

٥ً ــ القروح القديمة

٦ً ــ القروح العصبية المنشأ

٧ً ــ التشوشات العصبية التالية للجروح

٨ً ــ التقفعات ، وتقلصات العضلات ، وداء فلكمان

٩ً ــ بعض امراض العظم

١ً العمليات في الم الاطراف :ان الغاية الاولى التي وضعت لها هذه العملية هي مقاومة الألم . ثم اتسعت دائرة استطباباتها رويداً رويداً حتى وصلت الى ما هي عليه الان .

أ ــ اذا كان الألم ناشئاً من سبب محدث لتشويش الإعصاب الوعائي الحركي (innervation) (ندبة عضلية او جلدية ، او انسداد شريان او ورم عصبي او غير هذا) يجب ان يحذف السبب اذا كان حذفه ممكناً

ب ــ يجب ان يبكر في اجراء العملية لانه اذا طال الوقت على الافة اعتاد المرضى المورفين او اعترتهم امراض روحية فكان شفاؤهم مستصعباً ان لم نقل مستحيلا . اما المقر الذي تجرى به العملية فيجب ان يقع فوق الافة وبعيداً عن المنطقة المؤلمة :

ت ــ الاحتراق المؤلم / causalgie) نجهل طريقة تكونه ولا تزال معالجته في دور التجربة والاختبار . استعملت في مكافحته طريقتان : طريقة تنيكانز

وهي الحقن بالكحول ، والطريقة الودية ، واجريت في الحالات المستصعبة عمليات على الجذوع والنخاع الشوكي ·

٢ ــ آلالام الناشرة الجرحية (algies diffusantes traumatiques) (وهي التي كانت تسمى ذات العصب الصاعدة) لا تفيد فيها عملية قطع الودي وقد تأتي عملية قطع الاغصان(ramisectomie) ببعض الفائدة

٣ ــ الجذامير (moignons) المؤلمة : ليس ألم الجذامير واحداً

أ ــ فمتى كانت الالام حادة محدثة بالضغط وتنتشر في منطقة عصبية معينة يجب ان يحرر العصب وينزع الورم العصبي

ب ــ ومتى ظهرت الالام عفواً وكانت مستمرة وعميقــة تتخللها نوب اشتدادية حادة وكانت تشوشات وعائية حركية وازرقاق ووذمة وقروح يجب ان يبكر في اجراء عملية قطع الودي حول الشريان واذا خابت هذه العملية او اذا كانت الالام منتشرة يقطع الغصن (ramisection)

ج ــ ومتى كانت الالام فائقة الحدة تقطع جذوع الاعصاب منذ البدء ولا تقطع الياف الودي حول الشريان مطلقا · ولا تفيد في هاتين الحالتين اعادة البتر ولا استئصال الورم العصبي ولا قطع العصب

٤ — الالام الاخرى ــ : لا يشار بقطــع الياف الودي في آلام السهام (تابس) الراممة ولا في فرط حس المصابين بناسور النخاع الشوكي

٢ — العمليات الودية في امراض الاطراف الوعائية الحركية

لم يتقرر شيء حتى الان عن اتجاه المعالجة في الاعراض الوعائية الحركية فقد تتحسن هــذه الاعراض تحسنا كبيراً بقطع الودي حول الشريان غير

ان فائدتها في جميع الحالات ليست ثابتة

ا — فان داء رنو (Raynaud) النموذجي الحقيقي يجب اذا اتبعنا القاعدة ان يعالج بقطع الودي حول الشريان في الجانبين متى خابت المعالجة النوعية والحقن بالانسولين . ولا يتم النجاح في الغالب الا بعد اعادة هذه العملية مرات متتابعة ربما يشفى الداء شفاء تاماً ومستمراً . غير ان نكس المرض ممكن والخيبة في معالجته كذلك . فقطع الاغصان الموصلة مع قطع الياف الودي حول الشريان قد تفضي حينئذ الى نتائج تذكر . ولا حاجة حسبما يتراءى لنا حتى الان الى استئصال العقد

ب — داء رنو المفرد المعد كعرض من اعراض عاهة العظام او آفة الشرايين : يجب في هذه الحالة قطع الضلع العنقية او استئصال الشريان المسدود حتى الوصول الى الشريان السليم

ج — مذل النهايات (acro paresthésie) وازرقاق النهايات (acro cyanose) : ينشأ هذان العارضان في الغالب من شرايين انتهائية مسدودة فلا يشار بقطع الياف الودي حول الشرايين في هذه الحالة

د — داء واير ميتشل (Weir- Mitchell) او ألم الاطراف (érythro melalgie) لا يعالج بقطع الياف الودي حول الشريان ولا ينجح فيه قطع الجذوع الخلفية

ه — تصلب الجلد (sclerodermie) والتهابات الجلد المضمرة (dermatites atrophiantes) : يفيد فيها قطع الودي والاغصان العصبية اذا اجريا معاً . اجل ان هاتين العمليتين لا تشفيان تصلب الجلد ولكنهما توقفان سيره وتشفي بعض اعراضه المزعجة فيشعر المريض بتحسن يذكر

٣ — قطع الودي في ادواء الشرايين العضوية

يستعمل في آفات الشرايين التي ينقص بها دوران الدم في المحيط او التي يعرقلها تشنج · ويشترط في الشبكة المحيطية مع كل هذا ان تكون متصفة بخاصة التوسع لكي يمر الدم فيها ·

أ ــ آفات الشرايين الجرحية : يستفاد من قطع الياف الودي حول الشريان لتسهيل الدوران الجانبي متى ربط وعاء كبير فجأة بجرح اصابه · وخير واسطة لاجرائه هي ان يقطع قسم من الشريان بعد ان يسلخ ويربط بخيطين عوضاً عن ان يربط ربطاً عادياً · على ان يبكر في اجراء هذه العملية تحاشياً لوقوع الغنغرينة لا بعد ان تكون قد بدأت ·

ويحسن قطع الودي ايضاً التشوشات التي تنجم من ربط شريان او من خثرة تكونت فيه بعد العملية وذلك بقطع الشريان المسدود ·

ب ــ التهاب الشريان الشيخوخي المعصود : يستفاد من قطع الودي في مكافحة الالام التي تتقدم الغنغرينة ، ولا سيما في من كانت قدمهم بيضاء باردة · وهو ممنوع في من كانت قدمهم حمراء حارة لانه يزيد الافة وخامة فان التعفن يكون قد بدأ والمجاري البلغمية تكون قد التهبت وهو ممنوع منعاً باتاً متى كانت القدم منتبجة او متى كان الوريد ملتهباً

اما في الحالات الاخرى فيجوز ان يجرى قطع الودي لانه لا يعرض المريض لاقل خطر ولا يزيد الحالة وخامة ويجري بعد التخدير الموضعي · ويستطاع التكهن بفائدته باجراء اختبار المغطس الحار فان المرضى الذين يخفف المغطس الحار الامهم ويزيد ضغط دمهم هم الذين يستفيدون من قطع الودي

اما الذين ينبه المغطس آلامهم فهؤلاء هم الذين يضرُّ بهم القطع

ج ــ العرج المتقطع : لا يعالج الا نادراً بقطع العصب الودي حول الشريان · فهو قد يفيد في بعض انواع الغنغرينة الناجمة من فاقة الدم الموضعية والسائرة سيرها · غير انه لا يفيد متى كانت الاوعية المحيطية لا تستطيع التوسع لبعض حالات تشريحية طرأت عليها · وتحري حالة الجهاز الشرياني تقوم باخذ توتره وبالتشخيص الليبيودولي في الحالات الصعبة

التهاب الشرايين المزمن الشبابي: ينضوي تحت هذا الاسم جميع التهابات الشرايين المزمنة التي لا يكون تصلب الشرايين سببها · وان الشروط التي يخضع لها دوران الدم في هذه الامراض تبين بجلاء ان قطع الودي لا يفيد فيها الا فائدة موقتة

ومتى نفي الزهري اتجهت الانظار الى الغدد ذات الافراغ الداخلي فعولج الداء بالانسولين وبخلاصات المبيض والخصية او باستئصال الكظر .

٤ — قطع الودي في ادواء الاوردة والوذمات وداء الفيل

أ ــ ادواء الاوردة : للاوردة إعصاب حركي ووعائي لا نعرف عنه الا القليل ولها جدار رقيق جداً لا يستطاع نزع قسم من قميصه الظاهر بدون خطر ولهذا كان قطع الودي حول الوريد بعيداً عن ان يروج استعماله · غير ان قطع الودي حول الشريان يؤثر في تبديل حالة تعرف في مبحث امراض الاوردة بتشنج الوريد · واستمرار هذا التحسن غير ثابت · ويجب ان تدرس مسألة العقابيل التالية لالتهابات الاوردة

وما الوذمات الجراحية الا امر ناشيء من اختلال وعائي حركي فهي

تدخل اذن في نطاق الجراحة الودية ٠ وكذلك القول في الوذمات التي تعقب الرضوض ٠ اما في داء الفيل فيستعمل قطع الودي مع الطرق الاخرى ليكمل فعلها ويكون لها بمثابة دعامة

٥ — قطع الودي في معالجة القروح المزمنة التي لا تنشأ من افات عصبية

تندب الجروح والقروح المزمنة بعد قطع الودي ندباً سريعاً متى وقعت تحت مقر العملية وقد تستفيد ايضاً القروح البعيدة حتى الواقعة على الطرف المقابل

غير ان استمرار الشفاء لا يمكن تحقيقه اذا لم يمح السبب الذي احدث هذه التقرحات : كالزهري والدشبذ الطافح وسوى ذلك ٠ ان قطع الودي يبدل البيئة ويطهر الجرح والقروح بسرعة فيجب بعد ان يحدث قطع الودي ان يملأ الفراغ بالتطعيم او التصنيع

طريقه العمل :ــ تستدعي قرحة الساق المزمنة قبل كل شيء ان تعالج معالجة نوعية ولو كان تفاعل واسرمان سلبياً ولو كانت الشبهات لا تحوم حول الزهري ولو كان مبدأ الآفة رضياً ٠ فاذا لم تشف وذلك في ثلاثة اعشار الحوادث وجب :

١ً ــ متى كانت القرحة مزمنة ورضية المنشإ كان قطع الودي فيها الواسطة الفضلى فتشفى القرحة بعد ثمانية ايام

٢ً ــ متى ظهرت القرحة على ندبة حرق شفيت شفاءً تاماً وسريعاً متى قطع الودي حول الشريان وطعمت القرحة

٣ً ــ في القروح التي يعزى سببها الى التهاب الاوعية البلغمية الحادثة لا يجوز قطع الودي٠

٤ً ـ في القروح التالية للتجمدات تقرب المعالجة من المعالجة المتبعة في التهابات الشرايين السادة فتقطع القطعة المسدودة من الشريان القدمي والظنبوبي الخلفي ثم تقطع الياف الودي حول الشريان بعيداً . فكثيراً ما تندب القروح وتزول الالام بعد هذه العملية و يسوف بتر القدم

٥ً ـ متى استقرت القروح حذاء دشبذ طافح يجب ان يستأصل الدشبذ ويسطح العظم ثم يقطع الودي حول الشريان وتطعم القرحة

٦ً ـ متى كانت القروح مع دوال ظاهرة كانت المعالجة مركبة : يقطع الودي حول الشريان الفخذي لتطهير القرحة ، ثم تطعم القرحة وبعد ان تندمل تقطع الدوالي

ومتى كانت القروح ناشئة من التهاب الوريد الفخذي يجب ان تعالج بقطع قطعة الوريد المسدودة فيزول معها سبب الانعكاسات التي تنشأ القروح منها

٦ — قطع الودي في التقرحات العصبية المنشإ

ليس لهذه القروح معالجة شافية ولكن التجربة قد تكون مفيدة .

لا يجوز ان تعالج القروح التي تظهر في سياق السهام (تابس) وناسور النخاع الشوكي والتهاب النخاع الشوكي والشوك المشقوق الخفي وادواء الاخمص الثاقبة معالجة جراحية وعلى العكس من هذه فان قطع الودي حول الشريان كانت منه فائدة تذكر في القروح الغذائية التي تنجم من رضوض النخاع الشوكي او من جروح الاعصاب . فيجب في هذه الحالة ان يستأصل الورم العصبي ويرمم العصب ويجوز ان يلجأ الى قطع الودي حول الشريان متى خاب ترميم العصب ولم يستعد وظيفته الخلقية على ان تكون وضعة القدم حسنة او ان ترد

الى وضعها الحسن اذا كانت عرجاء اما اذا لم يكن الرد ممكناً فيفضل البتر

واذا كانت القروح الغذائية على جذمور البتر فخير واسطة لشفائها قطع الودي حول الشريان على ان تكمل العملية باستئصال الندبة المتقرحة و بتطعيمها

٧ — قطع الودي في التشوشات الوعائية الحركية التالية للرضوض

ان قطع الودي يزيل هذه التشوشات بتبديله نظام حركة الاوعية هذا اذا لم تكن الافات قديمة العهد ولم تكن متسعة واما اذا كانت كذلك فيفضل قطع الاعصاب · غير ان هذه المسألة لا تزال مجهولة

٨ — قطع الودي في التقفعات (contractures)والتقلصات الفجائية (my oclonies) وداء فولكمان

قطع الودي ممنوع كل المنع في التقفعات المركزية المنشإ لانه قد يزيدها وخامة ·وهو لا يفيد في التقلصات الفجائية ولم يتضح فعله ايضاً في داء فولكمان اما اذا كان التقفع بسيطاً فان قطع الودي يشفيه بسرعة و يتلافى التصلب المقبل واذا كانت آفة شريانية مع عوارض فاقة دم موضعية ادى قطع الشريان الى تبديل شروط الدوران وربما الى تخفيف الافة

٩ — العمليات الودية في ادواء العظام والمفاصل

يخضع نمو العظام لعاملين : لنسيج ضام يتصف ببعض الصفات الخاصة ولنقل المواد الكلسية · اما النسيج الضام فيجب ان يكون محتقناً متوذماً وان تكون شبكته الليفية آخذة بالتكاثر لكي ينقلب عظماً · وهذا ما يحدثه تمدد الاوعية الفاعل ·

اما نقل المواد الكلسية فيقوم به فرط الدم الفاعل ايضاً لانه يحرر بعض

المواد الكلسية في الجوار فتنقل الى مكان الافة فقطع الودي والحالة هذه يناسب كل المناسبة العاملين اللذين يقوم بهما نمو العظام · فهو يستعمل اذن :

أ — في تأخر الاندمال، وغوور (resorption) الدشبذ والمفاصل الكاذبة: متى كانت الكسور حديثة اسرع اندمالها عشرة ايام ومتى تأخر اندمال الكسور ولم يكن الزهري سبب هذا التأخر ولا سيما متى كان تأخر الاندمال تالياً للاستجدال (ostéosynthèse)وفي الكسور المتكررة وفي المفاصل الكاذبة الصعبة يعد قطع العصب حول الشريان خير واسطة ·

ب — في تخلخل العظم (ostéo porose) الرضي: متى حدث التخلخل منذ البدء واثبتته التشوشات السريرية والرسوم الكهربية كان قطع الودي حول الشريان خير معالجة متى كان التخلخل لا يزال منحصراً في النهاية · واما متى كان التخلخل منتشراً وجب قطع الاغصان (ramisection) : وليست ذات المفصل الرضية الا تالية لتخلخل العظم تحت الغضروف المسبب من فرط الدم الذي يعقب الرض

ج — السلان العظمي والمفصلي : لم تكن نتائج قطع الودي حول الشريان باهرة في هذه الافات والشيء الذى يرجى الحصول عليه بعد هذه العملية انما هو تنشيط نمو العظم وليس خنق الا كموء السلية · فهو لا يمنع عملية يجب اجراؤها على العظم ولكنه يوسع دائرة العمليات الاقتصادية (اي التفريغ والنشر) ويكمل فعلها و يساعد على الترميم

د — ادواء المفاصل العصبية : ليس لقطع الودي حول الشريان من فائدة . في هذا الحالات

الألفاظ الطبية

المشيمة ترادف (البلاسنتة) لا السخد

جاءتنا من حضرة الزميل الفاضل صاحب التوقيع المقالة الاتية : قال بعد مقدمة موجزة

... وقد كنت بينت لحضرة الزميل الطبيب مرشد خاطر الاسباب التي دعتني الى الاعتراض وادليت بحجتي فلم يقبلها حضرة الاب انستاس ماري الكرملي متعللا بما يأتي :

(١) ـ انه لم يجد في جميع ما قلته سوى ان المشيمة هي (الغرس) على ما شرحها صاحب التاج اي كل ما يخرج مع الولد من الاقذار ولم ينص احد على انها السخد . ويسألني اين وجدت ان المشيمة هي البلاسنتة .

(٢) ـ انه وجد للسخد معاني كثيرة وفي جملتها معنى لم يجده فيما قيل عن المشيمة ولذلك رجح كلمة السخد ترجمة للبلاسنتة دون غيرها

(٣) ـ لم يقل احد بان المشيمة هي الكعكة

(٤) ـ ان الدليل القاطع بل القائل(كذا)هو ما ذكره في تعريب الخوريون

(٥)ـ لا معنى لهذه المجادلة الفارغة فان المحققين قد فرغوا من هذا الامر ولا فائدة في العودة اليه .

(٦) ـ ان السخد هي محولة عن الشهد على لغة من يجعل الهاء خاء وحيث ان الشهد هو قرص النحل وانه مدور والبلاسنتة مدورة فاذاً يجب ان يكون الشهد هو السخد والسخد هو البلاسنتة .

هذه هي الحجج التي ادلى بها رداً على اعتراضي · وسيعلم القارىء خطأه في الاستدلال والاستنتاج ولذا حباً بشرح الحقيقة التي استقريتها ووجدتها وخدمة للعلم واللغة سأبين ما هو المفهوم من اغشية الجنين ليصح اطلاق الاسماء التي وردت في كتب اللغة والطب عليها · ثم ابين ما فهمه العرب من تلك الاغشية وما وصفوه بها واقارن بين مسمياتهم ومسميات الطب الحديث ومسميات اللغويين من العرب وعندها يتضح الحق فيما اقول ·

١ ــ ما هي اغشية الجنين ·

ذكر علماء التشريح وعلماء الفسيولوجيا ، وعلماء الأجنة وفن الولادة بان للجنين ثلاثة اغشية تحيط به وقد سموا الاول (الأمنيون amnion) والثاني (الخوريون chorion) والثالث (البلاسنتة placenta) ·

فالأمنيون ــ هو الغشاء القريب من الجنين دون بقية الاغشية · يبطن الوجه الجنيني للبلاسنتة و يتركب نسجه داخلاً من طبقة واحدة من خلايا (اندوثيليوم endothelium) اي البشرة المخاطية الباطنة المسطحة التي يتجه وجهها نحو تجويف الامنيون · وخارجاً من طبقة موصلة (connective) خلاياها مغزلية طويلة او نجمية ذات نواة مستطيلة تندمج في مادة ليفية · ولا يتشوه انتظام وضع طبقة الخلايا البشرية الباطنية الا في نقاط محدودة حيث يستند الامنيون على البلاسنة فتتكوم هنالك الخلايا وتشكل نتوآت شبيهة (بالزغبة villus) تكون خالية من اوعية الدم ·

والخوريون ــ اصل لفظته يونانية معناها الغلاف الخارجي للبذور او الجلد الخارجي ويقابله باللاتينية لفظ خوريوم اي الجلد او الادمة (قاموس سبنسر) واما الكيوتيس Cutis)

فهي لاتينية ايضاً ومعناها « البشرة » والمعلوم ان الخوريوم والكيوتيس يشكلان (الديرما derma) اي الجلد او الغلاف الخارجي ولذا تقارب معنى الخوريون والكيوتيس من حيث ان كل واحدمنهما جزء لكل · والخوريون يشكل الغشاء المتوسط بعد الامنيون · و يقسم الى قسمين (الخوريون الكاذب) و(الخوريون الحقيقي) · اما الكاذب فيتكون عند دخول البويضة الى جوف الرحم وانغماثها في غشائها المخاطي الكثيف · وعندها ترسل من جدارها الكثيف ذي الخلايا البروتوبلازميةاستطالات تنفذالى النسيج الموصل(الغشاءالرحم الساقط decidua) فتثبت حيث غرست وتجذب ما يلزمها من الغذاء من اوعية الدم في الرحم · ولذا فالجدار ذوالخلايامع نتوآ ته الشبيهةبالزغبيات يكوّن(الخوريون الكاذب) والحقيقي يتكوّن بعد اختفاء الكاذب واستبداله بطبقة من خلايا الطبقة الخارجية للغشاء الجرثومي (بلاستودرم blastoderme) المحيط بالبويضة اي(الجرثوم الغذائي تروفوبلاست trophoblast) فيمتد منها اي من الطبقة نتوآت — زغبات — تكون في الاول عديمة الاوعية لكنها فارغة ثم تأتي الى داخلها من الجنين اوعية من اطراف البويضة بواسطة (السلى السجقي allantois) ليمتص الجنين غذاءه من كافة الغشاء الساقط المنعكس حتى الشهر الثالث ثم ان زغباته ذات الطبقتين (السينسيتيوم - syncytium ولانغهان Langhan) تضمر وتختفي ولا يبقى منها الا ما كان في القسم الطرفي للبويضة المماس مباشرة (للغشاء الساقط الرحمي الحقيقي decidua serotina) فتنمو ويتشكل منهاالبلاسنتة · فغشاء الخوريون الحقيقي يبقى موجوداً للشهر الثالث ثم يضمر و يختفي ولكن ينمو قسم منه فيشكل البلاسنتة · وهذا الاخير اي الخوريون الحقيقي يكون شفافاً ورقيقاً

وعند الولادة يصبح ليفيا اصله من باطن الخوريون الاولى

البلاسنتة ــ هي عضو مستقل · وكما عرفنا من الخوريون الحقيقي يبتدئ وجودها من بعد الشهر الثالث حيث تنمو الزغبات التي بقيت مماسة للغشاء الساقط الرحمي الحقيقي بسرعة زائدة ويحدث على سطحها براعم خلايا الابتيلية) تسمى (السنسيتيوم) تنقلب الى زغبات جديدة وتتفرق الى شعبات كثيرة الاطراف تتجه في كل جهة وينفذ الى كل منها ، عروة من اوعية الدم ثم يتخلل ما بين الزغبات نتوآت آتية من الغشاء الرحمي الساقط التي تذهب الى قاعدة الخوريون بين النتوآت الاصلية الخوريونية وتحمل معها عرى الشعريات الدموية الواردة من الدم· ومتى غابت طبقة (لانغهام) تبقى طبقة السنسيتيوم محيطة بالزغبات فتسبح في دم الام بواسطة شرايين الاوعية الدموية التي تنفتح مباشرة في اول تكوين البويضة الى التساعات (نقر الرحم) ما بين الزغبات البلاسنتية ويكون وزن البلاسنتة عند الولادة ٢/١ كيلو وقطرها ١٧ س·م وثخنها ١ س·م وهي كتلة مدورة ولون سطحها الجنيني قاتم ويشاهد عند الحبل السري منها غشاء براق يتصل مع غشاء السطح المذكور هو غشاء الامنيون ·ويوجد في سطح البلاسنتة الجنيني ثلمات تقسمه الى فصوص ذات مساحات غير محدودة ومنظمة تسمى فلقات · ويعلو سطح الأم غشاء رقيق مائل للبياض يتشكل من خلايا الساقط الرحمي الحقيقي

فيستفاد من الوصف المذكور ان البلاسنتة هي الجسم المدور ، الثقيل في كثافته ، المستقل في وظيفته · وان هذا الجسم يتشكل من بقايا الخوريون الذي نما في محلات مخصوصة والتصق مباشرة بغشاء الساقط الرحمي الحقيقي

وامتدت منه الزغبات الى داخله وان اصل الخوريون اي الغشاء المتوسط لا يوجد عند الولادة وانما يوجد بدلاً عنه غشاء ليفي يقع بين البلاسنتة والأمنيون وان الغشاء الاخير هو المحيط بالجنين ينشق عنه الولد عند الولادة بعد ان كان يسبح في مائيته . ويتفق علماء العرب بوصفهم التشريحي للبلاسنتة واغشية الجنين مع اطباء الغرب ويطلقون لكل اسمه . فيطلقون اسم (المشيمة) على البلاسنتة واسم اللفايفي على (الخوريون) و (أنفس) او السابياء على الامنيون . وهذا ما جاء في كتبهم

٢ً — ما قاله اطباء العرب الاقدمون عن المشيمة واللفايفي والسابياء

اولاً قال ابن سينا في كتابه القانون الجزء الاول . (واعلم ان الجنين تحيط به اغشية ثلاثة (المشيمة) وهو الغشاء المحيط به وفيه تنتج العروق المتأدية ضوار بها الى عرقين وسوا كنها الى عرق يسمى (فلاس villus) وهو اللفايفي (chorion) وينصب اليه بول الجنين . والثالث يقال له (انفس) amnion) وهو مفيض العروق ولم يحتج الى وعاء اخر لفصل البراز اذا كان ما يغتذي به رقيقاً لا صلابة له ولا ثقل وانما تنفصل منه مائية بول او عرق . واقرب الاغشية اليه الغشاء الثالث (amnion) وهو ارقها ليجمع الرطوبة الراشحة من الجنين وفي جميع تلك الرطوبة — ماء الامنيون — فائدة في اقلالها كيلا يثقل على نفسه وعلى الرحم وكذلك في تنفيذ ما بين السرة والرحم . فان الغشاء الصلب ليؤلمه بمماسته كما يؤلم الماسات ما كان من الجلد قريب العهد معد النبات على القروح واما الغشاء الذي يلي هذا الغشاء الى الخارج فهو (اللفايفي chorion) لانه يشبه اللفايف وينفذ اليه من السرة مصب البول وليس من الاحليل (راجع ما تقدم في

وصف الخوريون عند الولادة)

فهنا ترى الاتفاق بين القدماء والمحدثين بان للجنين ثلاثة اغشية . (المشيمة) وهي البلاسنتة اي الغشاء الخارجي (واللفايفي) وهو (الخوريون) اي الغشاء المتوسط و (الانفس) وهو (الامنيـون) اي الغشاء الداخلي وقد قال ابن سينا بوجود (الفلاس (اي الـ (villus) في اللفايفي وفي المشيمة وهذا صحيح لان الثانية مشتقة من الاول . ولم يقل بوجود الاوعية الدموية في (الانفس) اي الامنيوس وذلك يطابق ما قاله العلماء المتأخرون

(٢) — ويؤيد صحة اطلاق العرب اسم البـلاسنتة على المشيمة لا على غيرها ما جاء في الجزء الاول من القانون صحيفة ٥٨٠ عند وصفه كيفية اخراج المشيمة قال ابن سينا (ذكر بعض الحكماء قولاً حكيناه بلفظه قال (لابيدوس) فان بقيت المشيمة في الرحم بعد اخراج الجنين فان كان فم الرحم مفتوحا وكانت المشيمة مطلقة قد التفت وصارت مثل الكرة في جانب الرحم فخروجها سهل وينبغي ان تمسح اليد اليسرى وتدهن وتدخل في العمق وتفتش بها حتى توجد فان كانت لاصقة في عنق الرحم فيجب ان لا تجذب على الحذا لانا نخاف انقلاب الرحم

(٣) وقال عن المشيمة في باب عسر الولادة ما نصه . (عسر الولادة امـا ان يكون بسبب الحبلى او بسبب الجنين او بسبب الرحم او بسبب المشيمة او بسبب المجاورات والمشاركات او بسبب وقت الولادة او بسبب القابلة او باسباب بادية) . وابن سينا قد توفي عام ٤٢٨ هجرية فجاء من بعده صاحب كتاب الـكامل في الصناعة الطبية لابي العباس المعروف بالمجوس فذكر في البـاب التاسع عشر من الجزء الثاني لتدبير الحـوامل ما نصه : (واذا ولدت وبقيت

المشيمة فينبغي ان تعطس المرأة بادخال فتيلة من قرطاس في الانف اوبالكندس فان سقطت والا فاطبخ الابهل على الحلبة واسقيها ·

(٤) — ثم ذكر صاحب كتاب (شفاء الاسقام ودواء الالام) لصاحبه رئيس الاطباء في المارستان المنصوري في القاهرة (خضر بن الخطاب المتوفى سنة ٨٠٠) في بحث تشريح الرحم ما يأتي :

(والجنين تحيط به اغشية ثلاثة (احدها (المشيمة) (وهوالغشاء الاول) و (الثاني الذي ينصب اليه بول الجنين) و (الثالث الذي هو مفيض العرق) ولم يحتج الى وعاء اخر لفصل البراز اذا كان ما يغتذى به رقيقا لا صلابة له ولا ثقلية وانما ينفصل عنه مائية بول او عرق تام · ويلي الخارج الغشاء الثاني وينفذ اليه من السرة مصب البول ليس من الاحليل لان مجرى الاحليل ضيق · والمشيمة ذات صفاقين رقيقين ينتسج فيما بينهما عروقه المبادية ضوار بها الى عرقين وسوا كنها الى عرقين والطبقة الظاهرة اقرب الى العصب وكل من الطبقتين ينقبض وينبسط ورقبة لفظة اللحم وهو لحم ممزوج بالغضروف فهو اصلب من سائر اللحوم) انتهى ·

(٥) — وذكر صاحب كتاب اللمحة العفيفية لموءلفه سنة ٩٣٣ هجرية في تدبير النفاس (واما اذا احتبست المشيمة فينبغي ان تدهن القابلة يدها بالدهن وتدخل وتلزم المشيمة بها الى ما فوق بالرفق حتى تبريها ثم تأخذها بلا عنف فان لم تنجذب وصعب عليها اخذها فتخرج بالادوية المسقطة للجنين) انتهى

(٦) — وجاء في كتاب الموجز للامام علاء الدين بن ابي الحزم المخطوط سنة ٨٠٨ هجرية في اسباب سقوط الجنين قوله (لان تعلق الجنين انما هو بالمشيمة

وتعلقها بافواه العروق التي تسمى (نقر الدم villus) اذ منها يأتي الغـذاء الى الجنين فاذا كانت تلك النقر مملوءة من الرطوبة لم يمكن ان تثبت بهـا المشيمة بل تزلق عنها وتندفع الا في اول الرحم)

وقال الطبيب شاني زاده في كتابه مرآة الابدان في تشريح اعضاء الانسان المطبوع في الاستانة سنة ١٢٣١ (للجنين غلافان يسميان في اللسان اللاتيني · (خوريون ، وامنيـوس) وفي اللسان العربي (السَّلا) على الاطلاق · امـا الخوريون فهو غلاف كثيف واسفنجي كثير اوعيـة الدم وقد سماه العرب اللفايفي وهو خارج السَّلى والامنيوس هو غشاء ثاني يبطن اللفايفي ويكون رقيقاً شفافاً ملاصقاً للخوريون ومتصلاً به · ويحيط بالرطوبة المائية الـتي يسبح فيها الجنين · والمشيمة تسمى بالخلاص تتركب من اوعية دموية لا عداد لها ونسجها وعائي وشكلها كروي يلاصق قعر الرحم) انتهى ·

(٣) ـــ فيتبين من هذه الاقوال ان العرب استعملوا لفظة المشيمة للغشاء الثالث المستدير ذي الاوعية الملصوق بقعر الرحم اي البلاسنتة منذ تسعة قرون ولا تزال كافة الناس تستعملها الى اليوم · فهل يعترف الاب المحترم ان اطبـاء العرب لم يقصدوا في قولهم المشيمة ما ادعاه حضرته (هو ما يخرج مع الولد من الاقذار) بل قصدوا ذلك الشيء المستدير المسمى (البـلاسنتة) اي الكعكة كما ذكرت (دائرة المعارف البريطانية)

لقد نقلت ما وجدته في الكتب الطبية فان لم يطلع عليها الاب او اطلع ولا يريد ان يقتنع بها فعذري انه حريص لا يقنعه شيء ·

(٤) ـــ ما قاله علماء اللغة العربية عن المشيمة والسخد والسلى والسابياء:

السلى ــ : قيل عنها جلدة رقيقة يكون فيها الولد وجمعها اسلاء « من كتاب المخصص » . وقيل انها (المشيمة) عن ابن دريد وخص الاصمعي السلا بالماشية والمشيمة بالناس واتفق الجوهري والازهري على انها خاصة بالمواشي والمشيمة خاصة بالناس . وقالوا ان انقطع السلى في البطن وخرج سلمت الناقة والولد . اذاً السلى يفيد معنى الخوريون والامنيون سواء . او هو المشيمة في الحيوانات

السخد ــ تضاربت فيه اقوال ائمة اللغة فابو عبيدة وغيره قال ان السخد معناه (الماء الثخين الذي يخرج مع الولد ومنه قيل رجل مسخد اذا كان ثقيلاً من المرض) عن المخصص

وقال ابو عمر السخد او الصخد للماشية . وجاء في المخصص (انها هنة كالطحال او الكبد مجتمعة تكون في السلى ربما لعب بها الصبيان . وهذا المعنى كما يظهر حمل سيدنا الاب على اطلاق السخد بدل المشيمة . في حين ان السَلى للماشية وانه جلدة رقيقة وان الهنة التي تكون في السلى معناها شيء حقير ربما من الشحم لان سَلى الغنم فيها عقد غُددية مدورة كثيرة العدد يجوز ان يلعب فيها الاولاد ولهذا قال التي تكون في السلى ولم يقل في الانسان فهل من المنطق اطلاقها على ما سميناه مشيمة وعلماء اللغة خصصوا المشيمة للناس . ولو عرف حضرته التشريح التقابلي في الحيوانات لما ادركته هذه الهفوة . جاء في لسان العرب ان السخد هو دم وماء في السابياء . وهو السلى الذي يكون فيه الولد اي الجلد الرقيق . وقال ابن احمر السخد الماء الذي يكون على رأس الولد وقال ابن سيده السخد ماء اصفر ثخين يخرج مع الولد وقيل هو ماء يخرج مع المشيمة

ومنه قيل رجل مسخد مورم مصفر ثقيل من مرض او غيره لان السخد ماء ثخين يخرج مع الولد وفي حديث زيد بن ثابت كان النبي يحيي ليلة ١٧ من رمضان، فيصبح وكأن السخد على وجهه وهو الماء الغليظ الذي يخرج مع الولد ومثله في تاج العروس عن ابن سيده · فيتضح ان الرأي السائد المجمع عليه بين علماء اللغة هو ان السخد ماء اصفر ثخين لا يكون للانسان خاصة بل وللحيوان يخرج معه عند الولادة فاذاً يجب ان نطلقه على ماء الامنيوس لا سواه

المشيمة — ذكر الاصمعي انها بالانسان خاصة كالسلى للحيوان · وقال في القاموس انها محل الولد وجمعها مشيم ومشائم · وخصصها بالناس ابن سيده والازهري والجوهري وتبعه صاحب التاج ولم يقل احد بانها ما يخرج مع الولد من القاذورات والاوساخ ولا وصفوها بانها ماء ثخين اصفر · ولا بانها جلدة رقيقة بل هي محل الولد لذا استعملها اطباء العرب كافة بمعنى البلاسنتة ولم يستعملوا السخد اصلا

السابياء — قال مختار الصحاح السابياء هي النتاج · وجاء في المخصص انها الماء الذي يكون على رأس الولد وجاء في القاموس هي المشيمة التي تخرج مع الولد او جلدة رقيقة على انفه ان لم تكشف عند الولادة مات · وذكر الزمخشري في اساس البلاغة بانها الجلدة التي يخرج فيها الولد

(٥) — الخلاصة — ان العرب لم يعرفوا في جاهليتهم تشريح الاجنة ولم يظهر امام اعينهم عند الذبح للحيوانات او الولادة الا ثلاثة امور · شيء مستدير وماء ثخين اصفر ، وجلدة رقيقة وحبل متصل بين الشيء المستدير و بين الجنين

فاختلفوا بتسميتها حسب انقسامهم الى قبائل وحسب انقسام الحيوانات فبعضهم سمى الشيء المستدير (مشيمة) وخصه للانسان وسماه بعضهم (سَلى) وخصه للحيوانات وقد جاءَ في الحديث من ان بعض المشركين جاؤا بسلى الجذور فطرحوه على النبي وهو يصلي قيل في تفسيره السلى الجلد الرقيق الذي يخرج فيه الولد من بطن امه ملفوفاً فيه . وقيل وهو في الماشية السلى وفي الناس المشيمة والاول اشبه لان المشيمة تخرج بعد الولد ولا يكون فيها حين يخرج . انتهى من لسان العرب . لابي منظور الافريقي المتوفى سنة ٧١٦ هـ ومثله في النهاية لابن الاثير . وقال في لسان العرب نقلاً عن ابي زيد ان السلا لفافة الولد من الدواب والابل وهو من الناس المشيمة و سموا الماء الاصفر الثخين اي ماء الامنيوس (السخد) وهذا متفق عليه . وسموا الجلدة الرقيقة التي تنشق عن الولد ساعة خروجه (السابياء) وهي الامنيوس . والخوريون الذي لا يوجد بعد الثلاثة اشهر من الحمل لانه ينعدم وتنشأ عنه البلاسنتة فقد سماه اطباء العرب (اللفايفي) لمشابهته اللفايف

٦ — لماذا سمى اطباء العرب الخوروئيد بالمشيمة .

نجيب عن سبب تسميتهم الطبقة الثانية للعين بالمشيمية مع انها الخوروئيد اي الشبيهة بالخوريون بان اليونان الاقدمين اطلقوا عليها هذا الاسم لمشابهتها للخوريون قبل ان يتحول الى البلاسنتة فلما جاء اطباء العرب وارادوا ترجمتها لم يقولوا شبه (اللفايفي) بل قالوا المشيمية بالنسبة والمشيمة اصلها من الخوريون فاكتفوا بالنسبة لمشابهتها لها في الاصل وان لم تكن هي الخوريون بعينه . ومع ذلك فلا يشوش علينا استعمالنا المشيمية للخوروئيد لانه لا يوجد في مسميات الطبابة تعابير اخرى غير خوريون وخورئيد وخوروئيديتس اي التهاب المشيمية

٧ — اما الجواب عن قوله لا معنى لهذه المجادلة الفارغة فان المحققين قد فرغوا من هذا الامر ولا فائدة من العودة اليه فنتركه للقارىء الكريم بعد ان يقرأ ماحققناه ونقلناه ٠٠الا اننا نقول اذا كان حضرته عني بالمحققين (دوزى) وهو رجل غربي فدوزي ليس حجة ولا ثقة في كلام العرب

٨ — وفي الختام اذكر حضرة الاب بان تخريجه كلمة السخد وجعلها محولة من الشهد لم تذكره كتب الائمة الثقات واللغويين الاثبات مثل ابن منظور صاحب اللسان والجوهري مؤلف الصحاح والفيروزابادي صاحب القاموس، والزبيد شارحه وابن سيده صاحب المخصص والزمخشري رب الاساس ٠ ولو اردنا ان نسلم بما قاله لخلقنا لابناء الضاد لغة لا تليق الا برجال الاحلام وعندئذ نعود الى تفسير رموزها ومعانيها لمذهب (فرويد) ٠٠٠٠

الدكتور

عبد الرحمن الكيالي



مقتضبات عما يقال و يعمل

في سر يريات حنا لو يس فور (J. L . Faure)

« ٦ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

المعالجة بالهيولين (protéino-thérapie)

مستعملة اليوم ايضاً • ان لبن البقرة آحين اجنبي يسهل الحصول عليه : فبعد ان يعقم بالحم (autoclave) بالدرجة ١١٠ يحقن الوجه الوحشي للفخذ بار بعـة او خمسة سم٣ منه وتكرر الحقنة كل ثلاثة ايام • فتعـلو الحرارة الى ٣٨ ـــ ٣٩ و يخف الالم التـالي للحقن كلما تكررت الحقن •

الاستدماء الذاتي (auto hémo thérapie)

قد اتى في بعض الاوقات بفوائد تذكر • يمزج في قارورة صغيرة معقمة ٢٠ مم٣ من ماء مقطر معقم وعشرة سم٣ من دم المريض فينحل الدم وتترك الكريات الحمراء موادها الاحينية فيحقن من هذا المزيج في المرة الاولى بعشرة سم٣ والحقنة موءلمة لان المحلول ليس متعادل التوتر (isotonique) و يجوز ان يضاف قليل من النوفو كئين الى المحـلول تخفيفاً للالم و يحقن بعد ٣ ساعات بعشرة سم٣ اخرى •

ان جميع هـذه الطرق تلطف الآلام غير انها قلما توءدي الى شفاء الالتهاب لانه يسير سيره العادي •

ومتى استعمل اللقاح في النو بة الاولى كان فعله في النو بة الثانية اخف

اما الاستطبابات الجراحية فيبنى على سير الآفة فمتى مرت الى الازمان او نكست او ظهر فلغمون في الر باط العريض او التهب الخلب الحوضي ومتى كان شفاء الافة متـعذرا بالمعالجة الدوائية كما في التعفنات الناجمة من المكورات العقدية ومتى التهب الذيل الدودي كانت العملية الجراحية واجبة

المعالجة الجراحية : منها عمليات جزئية ومنها عمليات تستأصل بها الاعضاء التناسلية جميعها •

اما العمليات القسمية : فلا يشار بها الا متى تبت لنا في اثناء العملية ان الجهة الثانية سليمة كل السلامة . وكثيراً ما يظهر المبيض سليما حتى اذا شق يظهر انه متقيح . فاذا تركنا التهاب المفير وان خفيفا ولم نستأصله تنبه الالتهاب بعد العملية وكانت تواليها مزعجة للغاية

استئصال الرحم الناقص : هو اقل خطراً من استئصالها التام وهو الذي يشير به حنا لويس فور فان قطع النزف فيه سهل والتهاب النسيج الحوضي قليل الوقوع لاننا بتركنا العنق في مكانه لا نسلخ النسيج الخلوي الذي يصله بالمثانة والرباطين العريضين والمحذور الذي يخشى وقوعه هو ان هذا العنق الذي تركناه قد يصاب بالسرطان وهذا العارض نادر يسهل تحاشيه بتفريغ العنق اي بنزع غشائه المخاطي حتى المهبل والمحذور الذي نخشاه في هذا التفريغ هو النزف

فنتقيه بلصق عضد العنق الخلفي بعضده الامامي بعد تفريغه وذلك بصنع غرز على شكل حرف U تعقد في الوراء حذاء الرتج الخلفي اما الطرق المستعملة في استئصال الرحم فجميعها حسنة متى كانت الحادثة سهلة

طريقة الاقتلاع الخلفي : هي طريقة فيها بعض اللباقة غير انها قليلة الاستعمال محاذيرها اولا انه متى شق الرتج المثاني الرحمي يصل الجراح الى بيئة عفنة . ثانياً ان شرايين الرحم التي شدت لا تزف فلا تستطاع معرفتها للتربط

طريقة كلي (Kelly) (الطريقة الاميركية) هي اكثر الطرق استعمالا يصنع شق معترض في الجهة السليمة او المصابة اصابة خفيفة اولا فيهون بهذه الطريقة استئصال الجهة المريضة الكثيرة الالتصاق . ومتى مر الجراح في الاسفل والانسي والامام وجد السطح الذي يسهل تسليخه فاتبعه تاركا الزمن العفن الى النهاية

الشق النصفي (hémisection) تستعمل هذه الطريقة متى كانت الملحقات ملتصقة في الجانبين بالحوض والرحم معاً . وقد اوجدها حنا لويس فور وهي جميلة للغاية متى كان المرور في اليمين واليسار مستحيلا وطريقتها ان يمر في الوسط بشق الرحم على الخط المتوسط ويجب قبل كل شيء ان يوخذ قعر الرحم وان يكوى الغشاء المخاطي بالمكواة النارية تخفيفاً للعفونة . .

اما الطريقة الاخرى فيندر استعمالها ٠

الاقتلاع الامامي: يجرى متى كان الاقتلاع في الوراء مستصعباً لان الرحم منقلبة الى الوراء

الشق النصفي الراجع (hémisection retrograde) وطريقتــه ان نشق على الخط النصفي مبتدئين عند العنق حتى القعر ٠ فيسهل بعدئذ استخراج كل قطعة مع ملحقاتهــا

ان هاتين العمليتين توءديان بعض الخدم متى صعب اجراء العملية بالطرق العادية

يجب ان يفتش اولا عن قعر الرحم في الحالات الصعبة والا وقع الجراح في ورطــة لا يجد مخرجاً منها

التهاب الخلب الحوضي المتقيح (pelvi peritonite suppurée) يفضــي الى تكوين خراج في رتج دوغلاس ٠ وخير ما يجرى في هذه الحالة خزع رتج المهبل (colpotomie) والسرعة مضرة في هذه الحالة والانتظار ريثما يكون الصديد قد اجتمع جيداً خير منها ٠ ويستحسن بزل دوغلاس بزلا استقصائياً قبل العملية

(يلتبس التشخيص بالحمل خارج الرحم متى لم يشهد الطبيب الدور الاول الحاد الذي يبدو فيه نزٌّ دموي خاص)

ولا يجوز ان يبدأ الجراح بخزع رتج المهبل دون ان يكون قد اعدّ العدة لاستئصال الرحم وذلك متى طرأت الانزفة

وخزع رتج المهبل منه ما هو سهل ومنه ما هو صعب فقد يكون رتج دوغلاس فارغاً وتكون الملحقات المتقيحة اعلى منه وفي الجانبين فيجب ان يفتش عن الجيب بالاصبع او بمنقاش طويل (clamp) وحذار من جرح المعى الدقيق او المستقيم ٠ وليراقب التحفيض لا اقل من ١٥ يوماً و يجوز ان تنهض المريضة من فراشها واحفوضها فيها

ومن الحالات ما تبقى الحمى عالية فيه على الرغم من خزع رتج المهبل فيستدعي استئصال الرحم بطريق المهبل

فلغمون الرباط العريض : يتكون في جانب الحوض في القسم الواقع بين الخلب ورافعة الشرج و يعلو حتى الحفرة الحرقفية و يحدث تعجناً فوق القوس الفخذية ٠ فيشق كمــا في ربط الشريان الحرقفي الباطن و يقتلع الخلب ما امكن و ينتج الخراج في الحفرة الحرقفية دون ان يفتح الخلب ولا يوضع احفوض عميق تحاشياً للاوعية الحرقفية ولا يترك الاحفوض اكثر

من ٤٨ ساعة حذراً من وقوع التقرح الناشيء من الملامسة · بل يقصر تقصيراً تدريجياً حتى اليوم الخامس ·

وربما كان في الحوض جيب ثان يجب ان يساراليه بطريق دوغلاس (خزع رتج المهبل) متى بقيت الحمى مرتفعة والخراج لا يتصفى تصفياً حسناً · و يجب ان يشق دائماً على الخط المتوسط ولو كان المجمع في الجانبين وتكون هذه الفلغمونات في جانب واحد او في الجانبين معاً ·

التهاب الملحقات السلي : اكثر وقوعاً مما يذكر المؤلفون يعادل ١٢ بالمائة وهو سل ينحصر في الملحقات ·

رأينا ان التربص جائز في التهاب الملحقات العادي امّا في الالتهاب السلي فالاسراع في العملية الجراحية واجب لان هذا السل هو نموذج للسل الجراحي الذي تشفيه العملية الجراحية متى بكر في اجرائها

اما الاعراض المميزة لالتهاب الملحقات السلي عن الالتهاب العادي فهي :

١ً — سير هذا الالتهاب سيراً شاذاً ومستعصياً على الرغم من المعالجة : الراحة في الفراش الثلج · تعلو به الحرارة فجأة الى ٣٨—٣٩،٠ دون سبب ظاهر وفي غير ازمنة الطمث ثم تسقط في اليوم التالي

٢ً — الثلج لا يحسن الحالة بل الحرارة تحسنها

٣ً — متى تكون الخراج في دوغلاس فلا يحسنه خزع رتج المهبل، بل يستمر التقيح الطمث متشوش الكمية فهو يقل او ينقطع

تباين بين الاعراض الموضعية الكبيرة الاهمية والعلامات الطبيعية الخفيفة لان الملحقات تكون ورماً جسيماً للغاية يجس احياناً دون ان يكون مؤلماً وهو ورم صلب غير متنظم مزدوج

الاعراض العامة : هي اعراض التسمم بالسل هزال متماد لا يعلله سبب ظاهر فاقة دم، عرق في الليل، سوابق سلية

او تكوّن الملحقات اوراماً صغيرة مع حرارة عالية تتموج تموجات كبيرة مساء بدون انتظام ·

خفة التوتر الشرياني، هجمات التهاب الامعاء الدالة على ان الامعاء قد اشتركت اشتراكاً خفياً، جبن

يبقى التفاعل الجلدي وتفاعل بسردكا سلبيين ولعل احتداد فوعة العصيات في بعض الانواع الحادة يكون شديداً حتى ان العضوية لا تقوى على عمل الاضداد • وفي سلبية هذا التفاعل ما فيه من الضرر لان الفائدة كل الفائدة في التشخيص الباكر • لكي يسرع في اجراء العملية الجراحية (استئصال الرحم القسمي) قبل ان تنتشر الافة الى الامعاء و يعود شفاؤها مستحيلا وان الالتصاقات التي تكون على الامعاء ليست التصاقات التهابية بل تنشأ من امتداد الافة السلية فتخترق الامعاء

ويطول زمن النقه اكثر مما هو عليه في التهاب الملحقات العادي وتكمل المعالجة الجراحية بالمعالجة العامة والاستشماس (héliothérapie)وقد ينشر المريض من موت كان يتهدده • اما متى تأخرت العملية فانها تعود خطرة (وهذه الحالات يصنع بها الشق النصفي « hémisection »)

* * *

العراقيل التالية للولادة

يجب ان نميز في حمى النفاس التعفن التالي للاسقاط عن التعفن التالي للولادة

والوقاية في هذه الحالات الدور العظيم لان اتقاء هذه العفونات خير من معالجتها فيجب لبس قفافيز مطاط معقمة في اثناء التوليد وتقليل المس الاصبعي ما امكن لان في المهبل جراثيم عديدة تخفي علينا فوعتها

ومتى ظهر التعفن يشير المولودون بالامتناع عن مس الرحم ما امكن و يوضع الثلج على البطن وتقوى البنية لتحسن الدفاع و يصنع خراج اصطناعي وكثيراً ما تفضي هذه التدابير الى حصر التعفن والشفاء

واما في التعفن التالي الاسقاط فالامر يختلف لان الاسقاط قد يكون عفواً ومسبباً من الزهري او محدثاً واننا نرى دائماً نتيجة الاسقاط المحدث ولاسيما المحدث دون ان تراعى به شروط الطهارة فان التعفن فيه محقق

الكشط (curetage) : يفيد فائدة كبيرة متى انحبست قطع من المشيمة (البلاسنتة) وكانت سبب التعفن • غير انه لا بد من الجزاء العملية منذ البدء • اي منذ بدء علامات التعفن : النوافض الحرارة، سوء الحالة العامة فيجب اذ ذاك الاسراع الى تخليص الرحم من هذه

البيضة المتعفنة و يجب ان يكون الكشط الاول والاخير على ان يجري حسناً لانه اذا احتيج الى كشط ثان كانت النتيجة سيئة

واذا لم يكن الاسقاط قد وقع و كانت علامات التعفن قد بدأت بالظهور يجب ان يسرع الى توسيع العنق واستخراج البيضة المتعفنة . و يشير المؤلفون بالكشط الاصبعي لانه لا يرض الرحم بشدة كما ترضها الجرفة المعدنية . ان الاصبع اذا ادخلت بعد الاسقاط في جوف الرحم قد تشعر ببعض اجزاء المشيمة غير انه يتعذر عليها ان تقتلعها وتستخرجها لان الاصبع لا تتمكن من التحرك في هذه الرحم التي تضغطها

اجل يجب ان نكشط غير ان كشط رحم متعفنة لا يشابه كشط رحم بعد الاسقاط لان الرحم تكون رخوة يسهل تمزقها اذن يجب ان يكون الكشط لطيفاً مصنوعاً حسب القاعدة كاملا اي الا يترك القرنان وان تكون الجرفة كالة و يحسن ان يمس جوف الرحم بعد الكشط بصبغة اليود او الغلسرين الكر يوزوتي العشري

فاذا خرجت بعد الكشط قطع من الاغشية وهذا ما ينتظر لان الكشط قد اجري لهذه الغاية فالانتظار جائز لان التحسن يقع في اليوم التالي

وقد يعتري المريضة في مساء اليوم الذي كشطت به رحمها نافض وارتفاع حرارة وما ذلك إلا لان الجرفة قد حركت الجراثيم وسهلت دخولها للعضوية ولكن هذه الحرارة ليست مما يعبأ به اذا سقطت في مساء اليوم الثاني وزالت النوافض ولكن اذا استمرت الحرارة ٤٨ ساعة وساءت الحالة العامة وجب حينئذ استئصال الرحم لان الجراثيم تكون قد تجاوزت الغشاء الخاطي و يكون الكشط قد نبه فوعة الجراثيم. فاستئصال الرحم بطريق المهبل واجب غير ان الانتظار يوماً واحداً او يومين جائز واما اذا طال الانتظار حتى اليوم الرابع بعد الكشط فيكون الشفاء مستصعباً.

مضادات الاستطباب : لا يجوز الكشط متى التهبت الملحقات التهاباً حاداً بل يعالج هذا الالتهاب المعالجة العادية و يخزع رتج المهبل اذا اقتضى الحال . وهذه العرقلة حسنة الطالع في الغالب لان النساء اللواتي تلتهب ملحقاتهن بعد اسقاط متعفن لا يمتن .

العوارض الممكنة الوقوع : هجمات التهاب الملحقات الحادة المرافقة ،عوارض نزف وهي نادرة

انثقاب الرحم : وقد يقع دون ان يعرف ١ — في اثناء توسيع العنق فيكون الانثقاب مركزياً في قعر الرحم ٢ — حين الكشط فيقع حذاء قرن و يكون جانبياً . وهذه العارضة

خطرة تستدعي فتح البطن الاستقصائي فتخاط الرحم اذا امكن متى كان الانثقاب صغيراً واما اذا كان متسعاً والرحم رخوة سريعة التمزق فيفضل الاستئصال القسمي

ونذكر بين العراقيل التهاب اوردة الرحم فيعرف بتعجن موألم في الرتجين و بنوافض متكررة شديدة و بسقوط الحرارة الفجائي وانحطاط الحالة العامة وهذه العرقلة خطرة جداً وقد اشار بعضهم بربط اوردة الرحم والمبيض تحاشياً للصمامات العفنة غير ان التشخيص لا يزال دقيقاً وفتح البطن سيئاً اذا كان التشخيص مغلوطاً

التهاب الخلب النفاسي : اكثر حدوثاً مما كان يظن غير ان تشخيصه صعب لانه لا يتصف بصفات التهاب الخلب العادي

علاماته قليلة الوضوح : لا ألم ولا قيء ولا تقفع . بل بطن متطبل وتنفس خفيف حاجزي ونبض سريع ضعيف ووجه منقبض ، وسوء الحالة العامة .

يجب في هذه الحالة ان يسرع الى المعالجة الجراحية بخزع رتج المهبل واذا مرت ٢٤ ساعة ولم تتحسن الاعراض يجب استئصال الرحم بطريق المهبل واذا لم تجرَ هذه العملية كان الموت محققاً وكثيراً ما لا تنجي العملية المريضة من الموت

التهاب الخلب التالي للاسقاط : هو عرقلة شديدة الخطر وكثيراً ما تكون مميتة متى لم يشخص المرض في اليوم الاول .

ولا تفيد تحريات المخبر شيئاً في هذه الحالة ، فاستنبات الدم يكون دائما ايجابياً في اثناء النافض ولا يعني هذا ان معالجة الرحم لا تحسن حالة المريضة . ومتى استمر استنبات الدم ايجابياً كانت الحادثة خطرة وكانت النهاية سيئة .

ولكن هل نتمكن من معرفة الحادثة الخفيفة التي تنتهي بالشفاء متى عولجت معالجة دوائية والحادثة المميتة اذا لم تعالج معالجة جراحية ؟

١ — عمر الحبل وحجم جوف الرحم : ان التعفن الذي يقع في الشهر الثاني اقل خطراً من العفونة التي تقع في الثالث او الرابع او الخامس

٢ — مدة الحضانة : تكون العفونة اكثر خطراً كلما بكرت الاعراض العامة في الظهور غير ان هذه القاعدة لا تخلو من الشذوذ .

٣ - نتانة رائحة المفرزات : متى اجتمعت المكورات العقدية والجراثيم اللاهوائية كانت الحالة شديدة الخطر .

تكرر النوافض

اسراع النبض

انقباض الوجه : ان القاعدة في سريرات حنا لويس فور هي هـذه : متى مرّ الاستاذ وقال ليس منظر هذه المرأة يحمل على الرضى كانت النتيجة ان العملية الجراحية واجبة

٤ — السهولة التي يتكون بها الصديد او صعوبة تكونه : تشل العفونة في بعض الاوقات قوة الدفاع في البنية وهذه الحادثات لا امل في شفائها . فمتى كانت المفرزات غزيرة لم تكن الضرورة ماسة في اجراء العملية وكذلك الامر متى التهبت الملحقات وتوصلا الى معرفة الحالة يجرى اختبار الخراجة الاصطناعية . ولكن اذا كانت الحالة لا تسمح بذلك واخطرت المريضة ومتى لم يخرج الكشطشيئًا من الرحم تستأصل الرحم منذ البدء بطريق المهبل

طريقة الاجراء : ان استئصال الرحم المهبلي اما ان يكون سهلا للغاية اوصعبـاً جداً لان السهولة او الصعوبة تتعلمان بتحرك الرحم . والعملية في هذه الحالة اسهل ممـا يظن لان النسج رخوة . غير ان سهوله تفتت الرحم في بعض الحالات تؤدي الى تمزقها وتمنع الجراح عن اخذها فيضطر الى استعمال منـاقيش ذات طبق (مناقيش الاكياس) عوضاً عن مناقيش موزو

ومتى كان عنق الرحم شديد الالتصاق يصنع شق دائري بالمقراض وتفرق المثانة في الامام والمستقيم في الوراء الى حذاء المضيق ثم يبدأ بشق الجـدار الامامي على الخط المتوسط حسب طريقة (دوين) . والخطر هو المثانة في الامام (وعليه يجب وضع مسبار في المثانة واستعمال مصراع طويل) والحالبان في الجانبين تساق الاصبع وراء الرباط العريض قبل وضع المنقاش ملامساً للعنق . ولا محذور في ابقاء قطعة من النفير او المبيض بل الامر المهم يقوم بوضع المناقيش جيـداً . ويترك حنا لويس فور المناقيش مكانها ولا يربطه بعد القطع والحذر من قرص المنقاش للمعى . ويجب ان يدك المهبل وتربط المناقيش بالفرج وتوضع وسادة تحت عجز المريضة لتعلو فلا تلامس المناقيش السرير غير انه يجب ان تجعل المريضة في وضعة نصف الجلوس لكي يسهل انصباب المفرزات

وتترك المناقيش ٤٨ ساعة و يفضل ان تترك اكثر من ذلك . وتنزع القطيلة المركزية

في اليوم الرابع و يوضع مسبار في المثانة و يعتنى بالمعالجة الدوائية (مصل الخ)

واذا استرخى منقاش فظهر النزف صعب تلافي الامر ووجب التروي في ايقافه يوضع مصراع و يفتش عن الذنب و يؤخذ جيداً واذا صعب الامر فتح البطن ور بط وربما ظلت الحرارة مرتفعة ١٠ ١٢ يوماً بعض الارتفاع مسببة من موات محيط المهبل

الرحي العدار ية (mole hydatiforme)

تتصف بنزوف متكررة وكبر حجم البطن كبراً لا يناسب عمر الحبل ، يجب متى شخص المرض افراغ جوف الرحم و كشطه ، غير ان مراقبة المريضة عن كثب امر واجب واستئصال الرحم ضروري اذا عاد النزف الى الظهور لان الرحى قد تنقلب سرطاناً خبيثاً وتحدث اوراماً انتقالية عديدة

آفات اخرى : نذكر منها بقايا مشيمة صغيرة تتعفن وتكوّن مرجلات مشيمية وهي اورام سليمة ، تبقى الرحم كبيرة وتنزف المريضة نزفاً غزيراً في اونات الطمث الى ان ينقطع المرجل.

المعالجة : الشكط

اورام الرحم الليفية(Fibromes utérins)

ان قضية معالجة الاورام الليفية لمن الامور التي اشتد الحوار حولها ولا يزال العلماء حتى يومنا يعالجون هذا الموضوع من اونة لاخرى غير ان التشخيص الاكيد امر واجب لانه كان يكتفى سابقاً بتقرير العملية الجراحية او منعها اما اليوم فليست الجراحة المعالجة الوحيدة بل نرى معالجة ثانية تنازعها السيطرة الامر الذي يدعو الطبيب الى ضرورة الاسراع في وضع التشخيص

تشخيص الورم الليفي عن اورام الرحم الاخرى : يتصف الورم الليفي بعرض اساسي وهو غزارة الطمث (الطمث النزفي)

و يمتاز النزف الناجم من الورم الليفي بوقوعه في اثناء الطمث و بغيابه في الفترة الواقعة بين طمثين نزفيين

اما الاورام الرحمية الاخرى فانها تنزف نزفاً مستمراً مع قولنج رحمي سببه القاء الخثر الدموية من الرحم

سيلان الماء (hydrorrhée) عرض هام ولكنه نادر الوقوع يفرز الغشاء المخاطي هذا السائل في الليل فيتراكم في جوف الرحم و يفرغ في الصباح حين يقظة المريضة .
عدم الوجع (indolence): عرض مهم جداً . ان ضغط الورم الليفي العادي لا يحدث المًا

الصلابة : هي متفاوتة الدرجات وهذا ما يجعل التشخيص صعباً فمن الاورام الليفية ما هو مرن ومنها ما هو وذمي او رخو او متوتر حتى يتخيل انه كيس . ومنها ما هو شديد الصلابة حتى يتخيل انه ورم صلب في المبيض (الاورام الليفية الطباشيرية fibromes cretacés)
مقاييس جوف الرحم : قد تزداد في الورم الليفي الخلالي فتبلغ ١٥ سنتمتراً :
اما الاورام المذنبة فلا يزداد فيها قياس جوف الرحم
وربما استقرت الاورام الليفية في باطن الرحم : كالمرجلات (بوليب) وهي صعبة التشخيص او كالرحم المتليفة دون ان يكون ورم ليفي فيها
ومتى تألمت المرأة المصابة بورم ليفي كان ذلك دليلاً على ان ورمها قد تعرقل

والعراقيل انواع : غير ان التهاب الملحقات اكثرها وقوعاً لان المصابات بالاورام الليفية يكن قد أصبن بالتهاب الرحم .
ولا يجوز استعمال المداواة الشعاعية متى كانت الملحقات ملتهبة
وقد تشاهد اعراض انضغاط : وهي نادرة فتظهر اضطرابات المثانة دون ان تكون نسبة بينها و بين حجم الورم . وقد تندو بعض الاورام في الجدار الامامي فتخرش المثانة تخريشاً آليا : التهابات المثانة الكاذبة . وقد يحتبس البول في الاورام الليفية الخلفية لان الرحم التي تنحرف الى الوراء تجذب المثانة الى العالي فيطول الاحليل والقثترة واجبة في مثل هذه الاحوال .
وينجم من انضغاط الاوردة دوال ووذمة في الطرفين السفليين وهذا نادر ومتى نما الورم الليفي بعد سن اليأس كان نموه دليلا على وجود امر آخر وكان التوسط الجراحي خير ما يصنع
ويجب التفكير في الاورام الليفية المصابة بالموات متى ظهر مع الالم المحدث بالمس

او عفواً مع نوب اشتدادية (كما في التهاب الزائدة) ازدياد حجم الورم ازدياداً فجائياً وارتفعت الحرارة وساءت الحالة العامة .

والاسراع في وضع التشخيص امر مهم جداً لان الطريقة الوحيدة هي المعالجة الجراحية ·

وكذلك الامر في الانفتال (torsion) الذي يتصف بنوب الالم ، وثبوت الورم ·

وصفوة القول ان الاورام الليفية الصرفة نادرة ومتى تعرقل الورم بعرقلة مهما كان نوعها كانت التوسطات الجراحية افضل الطرق الدوائية ويجوز ان تداوى الاورام البسيطة بالاستشعاع (اشعة X او الراديوم) او بالطرق الجراحية ولكي نختار احد الامرين يجب ان نلاحظ الاحوال الاتية :

أ — سن المريضة

١ — بعد سن اليأس : يجب استئصال الورم متى اخذ بالنمو واصبح مؤلماً او بدأت الرحم تفرز مفرزات مرضية

٢ — يرجح اجراء العملية اذا كانت المصابة فتية عمرها بين ٢٠ — ٢٥ سنة (والاورام الليفية نادرة في هذه السن) وذلك لان

أ — هذا الورم متى كبر ورافقته حمى او نزف نزفاً غزيراً يخشى تحوله الى ورم عفلي

ب — الاورام الليفية في الفتيات يخالطها الاذنان اكثر مما يخالط اورام المسنات

ج — اما قطع الورم الليفي وحده دون استئصال الرحم · فلا يزال قليل الاستعمال مهما شاد المؤلفون في ذكر منافعه ·

٣ — اذا كان سن المصابة قريباً من سن اليأس : ٤٠ — ٤٨ سنة · يرجح الاستشعاع باشعة X فيسرع ذلك الضهى (انقطاع الطمث)

٤ — اذا كانت سن المصابة بين ٣٠ — ٤٠ : كان لها الخيار بان تختار المبضع او اشعة X والراديوم هذا في الاورام الليفية السليمة

ب — الحرارة : ترتفع حرارة بعض المصابات في كل مساء الى ٣٨ دون ان يشعرن بها وسبب ذلك موات الورم الليفي فاستئصاله واجب في هذه الحالة

الالم : لا يؤلم الورم الليفي الصرف حين الضغط فاذا صحبه ألم وكان مقره في احد الجانبين دل على التهاب الملحقات ·

واذا كان مقره في الرحم دل على استحالة الورم

استمرار سيلان الدم يدل على وجود علة اخري : مرجلات تحت المخاط اواصطحاب الورم الليفي لسرطان ·

ج — حالة الورم الليفي التشريحية ، شكله ، مناسباته

ا — تعالج الاورام الليفية المتوسطة الحجم المدورة الرخوة النازفة بالاستشعاع باشعة X على ان يسهل توسيع عنق الرحم اذا اريد استعمال الراديوم اما اذا كان التوسيع صعبًا و يستدعي تطبيق اثينيات من شانها احداث التعفن فالراديوم مضر وقد تنجم منه عوارض خطرة و يفضل الاستشعاع باشعة X اذا كانت القشرة صعبة · وقد تزيل اشعة الراديوم الورم الليفي · اما اشعة X فتنقص حجمه حتى الثلث ولا تقوى على ازالته ·

واذا ظلت الاعراض الناجمة من الانضغاط بعد استعمال اشعة X بفضل الالتجاء الى المبضع

الاورام الليفية الجسيمة الحجم : تصبح هذه الاورام بعد الاستشعاع باشعة X قاسية موءلمة حين النهز والارتجاج فتفضل الطرق الجراحية في مداواتها

ج — الاورام الليفية المتشعبة التي لا انتظام لها : تقاوم اشعة X والراديوم مقاومة شديدة

د — الاورام المذنبة : تفضل الجراحة في معالجتها وعمليتها سهلة واما اذا تركت وشأنها فقد تنتقل وليس للمعالجة الاستشعاعية فيها من فائدة

هـ — الاورام الليفية المتكلسة شديدة القساوة تعالج جراحيًا

و — الاورام الليفية مع اضطرابات ناجمة من الانضغاط : قد يتحسن بعضها بالاستشعاع باشعة X والراديوم و ينصح حنا لويس فور في مثل هذه الحالة باجراء العملية ومتى شك في الامر رجحت طريقة المعالجة الجراحية

وقد لا تتصف بعض الاورام الليفية باي اضطراب فتترك وشأنها بدون معالجة وقد اختلف في امر المداواة الاستشعاعية ومهما قيل فيها فان المداواة باشعة الراديوم اكثر فائدة من المعالجة بالاشعة المجهولة

و يعتقد فور ان فائدة اشعة الراديوم في الاورام الليفية اعظم من فائدة اشعة X لان الراديوم لا يفعل في المبيض فحسب و يحدث الضهى بل في النسيج المتليف ايضا فيكون قد افاد في الامرين معًا في المبيض والرحم

«للبحث صلة»

فورونوف في المعهد الطبي

لا حاجة على ما ارى الى تعريف فورونوف وهو الذي طبقت ابحاثه واختباراته الخافقين . يمم هذا العلامة دمشق بعد ان جال جولة بعيدة في الجزائر مختبراً ومبيناً للملا فائدة طريقته التي اوجدها في تطعيم الحيوانات وقد اختار المعهد الطبي ليجري فيه عمليته في تطعيم الغنم فما كان اليوم السادس والعشرون من آذار المنصرم حتى اقبل فورنووف يتبعه رهط كبير من اطباء دمشق و كبار رجال الحكومة المنتدبة فاستقبلهم رئيس المعهد واساتذته بالترحاب وما ان استقر بهم المقام حتى نهض فورونوف ووصف وصفاً موجزاً طريقة عمليته حسبما عرفها القراء من المقالات التي نشرناها على صفحات هذه المجلة (١) ثم اختار رأسين من الغنم عمر احدهما سنة والثاني ثلاث سنوات فاستل احدى خصيتي الثاني وقطع منها الطعوم الاربعة وطعم بها الاول واننا نضرب صفحاً عن اعادة ما قاله في وصف طريقته الجراحية عن الغنم لانها شبيهة كل الشبه بالطريقة التي تجرى على الانسان ولان العلامة فورونوف لم يكتف بافادة اطباء دمشق واجراء هذه العملية امامهم مبيناً لهم سهولتها بل اراد ان تعم فائدة ابحاثه الشعب ايضاً فاختار اليوم السابع والعشرين من اذار الساعة التاسعة مساءً لالقاء محاضرة يبين فيها طريقته والفوائد التي جناها منها حتى الان . وقد كنا نود لو ان المجال ينفسح لنا لنشر هذه المحاضرة المفيدة غير اننا نرسل من يهمه الاطلاع على ابحاث هذا العلامة الى موءلفه المفيد المسمى اكتساب الحياة

(١) مجلة المعهد الطبي العربي المجلد الاول ص ١٢٩ و٢٥٧ و٣٣٧

(conquète de la vie)ففيه يقرأ كل ما جاء عليه المحاضر في محاضرته · غير ان ايراد لمحة موجزة عنها تفيد القراء الكرام بعض الفائدة فكر فورونوف في سبب الشيخوخة فنسبه الى نضوب مفرزات الغدد الداخلية الافراغ واجرى اختبارات جمة اوضح بها تأثير كل غدة من الغدد في الانسان متى غزر افرازها او متى قلّ وقد تبين له ان الخصية تلعب بمفرزها الداخلي الدور المتغلب في حفظ نشاط الحياة فعنّ له ان يعطي الشيخ ما افقدته اياه السنون اي ان يطعمه بخصية شاب قد بلغ سن المراهقة غير ان القوانين الاجتماعية لا تجيز مثل هذا العمل فقاده اخيراً بحثه الى القرد وهو اقرب الحيوانات. شبهاً بالانسان بتركيب جسده وشكل كريات دمه فطعم الانسان الشيخ بخصية القرد وكان من اختباراته ما كان مما قام له العالم الطبي وقعد وهب لطريقته مناصرون ومنكرون غير ان الحقيقة لم تلبث ان سادت ولم يطل الوقت على طريقة فورونوف حتى ثبتت فائدتها وتبين ان الخيبة التي كانت تصادف بعض من اجروها كان سببها موات الطعوم ونقص في العملية الجراحية · وقد تطرق في ابحاثه الى المرأة ايضاً فاقرّ بانه لاقى صعوبة شديدة في ايجاد المحل اللائق بالتطعيم لانه يعتقد واعتقاده صحيح ان الغدة المطعم بها يجب ان تكون في المكان الذي اوجدتها فيه الطبيعة وهذا ما حداه الى وضع طعوم الخصي في الصفن حيث الخصية في الذكر اما في النساء فلا يخلو الامر من الصعوبة لان وضع المبيض يستدعي فتح البطن وفي هذا ما فيه من الخطر ولهذا وجد فورونوف بعد التفكير ان يضع طعوم المبيض في الرباط المدور فيكون قد اقترب بعض الاقتراب من مجاراة الطبيعة في عملها وابتعد عن عملية فتح البطن التي تهلع لها قلوب السيدات

و يظهر ان النتائج في النساء لم تكن باقل حسناً مما كانت عليه في الرجال وقد قال ان النساء اكثر حكمة من الرجال لانهن يسرعن الى الاستطعام ليحافظن على جمالهن ونضارتهن قبل ان يصلن الى السبعين اما الرجال فيتأخرون الى تلك السن وهذا ما يجعل العملية اكبر فائدة في المرأة. وبعد ان فاز فورونوف في شوطه الاول اخذ يفكر ثانية في الحيوانات التي كان قد بدأ اختباراته بها قبل التوصل الى الانسان فقال اما الان وقد اعاد الطعم الشيخ الى صباه فما تراه يكون فعله لو طعم به فتى لم يبلغ بعد زمن المراهقة ؟ ان جسده ينمو ولا شك نمواً غريباً لان بنيته تقتبل حينئذ مفرزاً داخلياً لا امل لها بالحصول عليه قبل زمن معين من الحياة ولم يلبث ان هبّ الى اختبار فكرته هذه ولما كان المجال لا يتسع له في باريس سأل الحكومة الفرنسية ان تضع قطيعاً من الغنم تحت تصرفه فلبت طلبه في الحال وسار الى الجزائر يجري اختباراته فاخذ يلقح الخرفان في سنتها الاولى بخصى خرفان عمرها ثلاث سنوات فكان يسرع الطعم نموها فيكتنز لحمها و يطول صوفها وخضيتا خروف واحد تكفي لتلقيح اثني عشر خروفاً ولا ينحصر فعل الطعم في الخرفان المطعمة فقط بل يتجاوزه الى نسلها ايضاً فينمو قوياً مكتنزاً طويل الصوف . ان هذه الطريقة سيكون لها متى عمّ استعمالها شأن كبير في اقتصاديات البلدان التي تعنى بتربية الاغنام والابقار والخيول ايضاً

وقد ايد المحاضر كلامه برسوم كبرها بالفانوس السحري، فكانت محاضرته جليلة الفائدة

«م . خ»

* * * *

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٢٨ م الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٦ هـ

الامراض الباطنة

خراج الرئة المجهول المنشإ وشفاؤه بالامتين

للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي العربي بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

وصف بابونكس وموريس لافي في جلسة ١٣ آذار سنة ١٩٢٥ التي عقدتها جمعية مستشفيات باريس الطبية خراج رئة لم يتمكنا من اثبات منشإه المتحولي لان المعاينة التشريحية المرضية التي اجريت على القطع بعد الموت لم تظهر المتحولات ولا اكياسها في الجدران المحددة للمجمع الصديدي واننا نرى فائدة في ذكر مشاهدة شبيهة بها كان للامتين تأثير حسن فيها وان نكن مقتنعين جد الاقتناع ان المتحولة ليست السبب في احداثها ·

وهذه هي المشاهدة :

دخل المدعو ر · المستشفى في ١١ آذار سنة ١٩٢٥ كمصاب بذات القصبات وكانت حرارته ٤٠،٥ حين دخوله للمستشفى وضيق نفسه شديداً وحالته العامة سيئة مع انه لم يكن يسمع بالاصغاء الا خراخر منتشرة في الرئة

وبعض خراخر في القاعدة اليسرى ولم يكن مرّ على قدوم المريض من فرنسة اكثر من سبعة ايام ·

وقد فهم من استفسار الجندي انه لم يمرض في سابق حياته الا ببعض التهابات القصبات التي كانت تعاوده في كل شتاء وانه لم يصب قط باسهال · وان والديه واخته صحيحو البنية وان اخاه مات صغير السن بالتهاب السحايا فاتجهت انظارنا بعد معرفة هذه السوابق الى سل جنبي رئوي حاد · وقد ظلت الحرارة مرتفعة اربعة ايام متوالية ثم هبطت الى ٣٨ وعادت الى الصعود في ١٨ آذار الى ٤٠ وظلت كذلك بضعة ايام

عوينت تفلاته مرتين فلم تظهر فيها عصيات كوخ ولكن المكورات العقدية كانت كثيرة فيها ·

في ١٦ آذار سمعت بالاصغاء خراخر في القاعدة اليمنى وازدادت التفلات وعادت قيحية نتنة الرائحة · فعولج المريض حينئذ معالجة مضادة للغنغرينة بالمصل المضاد المتعدد القوى بكميات وافرة وبالمصل المضاد للمكورات العقدية فلم تجنَ من المعالجتين اقل فائدة لان الحرارة ظلت تتموج حول ٣٩ وساءت الحالة العامة جداً وغزرت القشاعات عما كانت عليه وازدادت رائحتها نتانة واصبح الموت على قاب قوسين من هذا المريض المسكين ·

فأوحى الينا اليأس باستعمال الامتين فحقنا المريض به مبتدئين بثمانية سنتغرامات وقد كان مجموع ما حقنا به المريض ٤٤ سنتغراماً · فبدأ التحسن بالظهور لان الحرارة سقطت منذ اليوم الثاني وتابعت سقوطها متموجة تموجات صغيرة والتفلات نقصت كميتها وخفت رائحتها النتنة والحالة العامة تحسنت وعاد

المريض قادراً على التغذي ٠

وقد دلت المعاينة بالاشعة التي اجريت في ٢٤ آذار ولم يكن قد منعنا عن اجرائها حتى ذلك التاريخ إلا سوء حالة المريض العامة ان النصف السفلي للرئة اليمنى كان محجوباً بظل سنجابي واضح محدد تحدداً جيداً في العالي والوحشي وانه محدب في العالي والى جهة المنصف تحدباً واضحاً ٠ وكانت قمتا الرئتين اليمنى واليسرى سليمتين وقد عدت الكريات في ٣٠ آذار فكانت الكريات البيضاء ١٤٤٠٠ في الملمتر المكعب والكريات الحمراء ٢٤٧٢٠٠٠٠ وكانت نسبة كثيرات النوى ٨٨ بالمائة ٠ وقد عوينت التفلات فى ٢٣ آذار مرة ثالثة بعد ان تركت في التنور ثلاثة ايام لكي تزداد الجراثيم فيها فلم يظهر اثر لعصيات كوخ وظهرت فيها المكورات العقدية فقط ٠ وقد عوينت الرئتان بالاشعة مرة اخيرة في ١٦ نيسان فلم يبدُ إلا إظلام القسم المتوسط من الرئة اليمنى وظلٌ مشوش الحدود عند ذروة اللوح وقد اتضحت سرة الرئة وبدت حولها عقد بلغمية مبهمة وكانت الرئة اليمنى حين ارسل المريض الى فرنسة في ٢٩ نيسان واضحة كلها وكان يشعر بالاهتزازات فيها حتى القاعدة وان تكن خفيفة وقد سمع بالاصغاء ان الشهيق في ناحية الخراجة كان خشناً وقوياً وان خراخر صغيرة كانت تبدو في نهاية الشهيق ٠ وكانت الحالة العامة حسنة والاشتهاء جيداً والمريض قادراً على التنزه ٠

٠ ٠ ٠

جاءت هذه المشاهدة في وقتها المناسب ٠ وفي وقت يتسرب به الشك في عقول البعض ويدعوهم الى الاعتقاد بان خراجات الرئة التي تعدد المشاهدات

عنها والتي ذكرنا منها احدى المشاهدات الاولى ليست متحولية المنشإ . وحقيقة الامر هي ان المتحولة لم تكتشف في تفلات المصابين الا في عدد قليل من المشاهدات . وقد كانت الرئة المصابة في اكثر هذه المشاهدات الرئة اليمنى وكانت الخراجات تعتري اشخاصاً كانوا قد اصيبوا بالزحار وبرئوا منه بالامتين فشفاء الخراجة بهذا العلاج النوعي نعني به الامتين واستقرار الخراجة في الجهة اليمنى من الصدر مجاورة للكبد التي كثيراً مـا تكون مصابة في الوقت نفسه بخراجات متحولية او بندبة خراجة سابقة وذكر الزحار في سوابق المريض او كونه فيه ، كل هذا يدعو الى نسبة الخراجة الرئوية الى داء المتحولات الرئوي

فلا بد بعد الان من توفر الشروط المذكورة آنفاً لكي يحكم ما اذا كانت الخراجة متحولية المنشإ ام لا . ان مريضنا وصل بيروت آتياً من فرنسة قبل ان يصاب بمرضه هذا باسبوع ، ولم يذكر انه اصيب سابقــاً باسهالات ولم يقطن بلداً يتفشى فيه الزحار ولم يكن في غائطه متحولات اوا كياس وقد كان للامتــين على الرغم من هذا فعل غريب في شفاء هذا الخراج شفاءً سريعاً كما لو كانت الآفة داء المتحولات الرئوي . فلا بدّ اذن من القول خلافاً للاعتقاد الذي كان يعتقده القدماء ، ان نجاح العلاج في آفة ما لا يكفي لمعرفة سبب تلك الآفة ونسبتها اليه . بل يترتب علينا ان ننظر الى نتائج المعالجات المسماة معــالجات الاختبار نظرة التروي والحيطة .

وانا في المشاهدة التي اوردناها لا نعتقد ان سبب الخراجة داء المتحولات الرئوي على الرغم من نجاح الامتين فيها . لاننا اذا تأملنا في خواص الامتين حق

لنا على ما نرى ان ننسب اليه خاصة الشفاء دون ان نعده علاجاً نوعياً في شفاء هذه الخراجة التي لم يثبت لنا سببها المتحولي . فان فعل هذه المادة المستخرجة من عرق الذهب في انزفة الدم الرئوية السلية (فلاندرن وجـولترن ولئون برنار ولكنه ورنون واوبار وبويه) وفعلها في ذات الرئة الصريحـة وفي ذات الرئة والقصبات (رنون) وفي ذات القصبات المزمنة في جميع ادوارها وفي سل الرئة المصلب (رمون ودورن) كل هذا يخولنا الحق بالقول بان لهذه المادة تأثيرات متنوعات في ملحمة (برنشيم) الرئة والقصيبات وان هذه التأثيرات لم تعرف ماهيتها بعد ولكن نتيجتها قذف المفرزات الرئوية المجتمعة في اسناخ الرئة او المتكثفة والمتحولة الى مجامع صديد قذفاً سريعاً . ومهما يكن فلا بد لنا من استنتاج هـذا الامر في الممارسة وهو ان للامتين فعـلاً لا ينكر في خراجات الرئة ولو كان منشأها غير متحولي حتى في الحالات التي ييأس الطبيب من شفائها .

مداواة التهاب البربخ في حرقة البول بالاستدماء الذاتي

شارمن : (Scharman)

تعالج عراقيل حرقة البول بلقاحات متنوعة اما النتائج فليست ثابتة ويحدث بعضها تفاعلات شديدة وقد لا يفيد . استعمل اللبن ايضاً حقنا تحت الجلد فكان التفاعل شديداً وجرب شارمن ان يحقن المصاب بدمه على ان يبدأ بحقنه بـ ٢ سم مكعب فـ ٤ سم مكعبة بعد يومين فـ ٦—٧ سم بعد يومين آخرين . ولا حاجة ان تفوق كمية الدم ٧ سم مكعبة . فلاحظ ان هذه الحـقن تخفض حرارة المريض وتسكن الاعراض وتنقص الالام وتزيل انتفاخ البربخ ويقسم ش . التهاب البربخ قسمين اولهما الحديث ويكون التفاعل فيه شديداً وثانيهما المزمن ويقصد به الالتهاب الذي مضى على ظهوره اسبوع واحد فلا يحدث فيـه ادنى تفاعل ش . م . ش

المعالجـــة باعلاق العلق

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ في المعهد الطبي (دمشق)

يسير الطب سيراً سريعاً في ايامنا الحاضرة الى الرقي فلا يتقلص ظل يوم ويبزغ فجر الثاني حتى ينقل الينا البريد من المجـلات والجرائد مـا هو مفعم بالمستحدثات الطبية والكشوف الحديثة . ولا يحصر المختبرون همهم اليوم بماغمض من الامور بل يرسلون بانظارهم الى الماضي البعيد ايضاً ليمحصوا ما كتبه اباء الطب الاقدمون ويدققوا في شرائعهم ، التي مرت عليها السنون فيتبعون صالحها وينبذون طالحها فقد رأينا الاستاذ كيفر (Keiffer)وغيره من الاطبـاء يهبون لتأييد سنة الاقدمين ويشيرون بالمحافظة على الطلاء الدهني الذي يسترجلد الجنين لان اختباراتهم اثبتت لهم ان الوليد يحتاج الـيه في ايامه الاولى وقد قام اليوم عدد كبير من كبار الاساتذة يحرضون على العودة الى استعمال العـلق بعد ان كاد يطوى اسمه وتنسج عليـه عنا كب النسيان وقد كان الاطباء العرب يكثرون من استعماله فقـد جاء ذكره في الاحـاديث النبوية نذكر منهـا « خير الدواء العلق والحجامة » قال ابن الاثير العلق دويبة سوداء تكون في الماء تعلق باليدين وتمص الدم وهي من ادوية الحلق والاورام الدموية لامتصاصهـا الدم الغـالب على الانسان . وفي كتبهم المنوعة: المستظرف في كل فن مستطرف للشيخ شهاب الدين احمد الابشيهي ، شفاء الاسقام ودواء الآلام لخضر بن علي بن الخطاب ، تذكرة ابن داود الاسكندراني وغير ذلك من الكتب العربية .

ثم اهمل العلق منذ عرفت الجراثيم والعفونات وسبب انتشارها واخـذ

المؤلفون يحطون من قيمته اعتقاداً منهم ان العلقة دوية قذرة تنجم من استعمالها آفات مختلفة كالحمرة والتهاب الاوعية البلغمية والفلغمونات · ولا يخلو اعلاقها من محاذير : انزفة متأخرة (وايل Weil) و (موريكان Mouriquand) قد تكون خطرة في بعض الاحيان وقد عاد الاطباء لاستعماله والاستعانة به لشفاء التهابات الوريد السادة وغير ذلك من الامراض لما فيه من الفائدة كما سنبين ذلك

تمتص العلقة مقداراً من الدم تبلغ كميته ١٠—١٥ سم مكعباً ويستمر النزف بعد وقوعها قطرة فقطرة حتى يبلغ مقداره في بعض الاحيان ١١٠—٢١٥ سم مكعباً ·

اما سبب هذا النزف التالي فهو تأخر الخثرة عن التكون فاذا جمع هذا الدم النازف في انبوب او على صحيفة لوحظ ان تخثره يتأخر بضع ساعات او بضعة ايام في بعض الاحيان وينجم ذلك من تبدلات تطرأ على الدم تسببها مادة خاصة في رأس العلق مضادة للتخثر عرفها (هايكرفت Haycraft) سنة ١٨٨٤ تنحل في الماء ولا تنحل في الكحول فسماها (العلقين hirudine) فاذا حقن وريد الكلب بهذه المادة عاد دمه صعب التخثر كدم المصابين بالناعور (hémophilie) فاعلاق العلق يفيد اذن في معالجة الخثور او تحاشيه وقد بدأ الجراحون بالعودة الى استعماله في بعض الامراض المخثرة كالتهابات الوريد بعد النفاس او اثر العمليات الجراحية كما كان يستعمله الاطباء الاقدمون · وترميه (Termier) هو اول من فكر بالعودة الى اعلاق العلق في المصابين بالتهاب الوريد عقب التوسط وقد اعلن النتائج التي حصل عليها في مؤتمر الجراحة الذي عقد في تشرين الاول سنة ١٩٢٢

وجمع في سنة ١٩٢٥ خمساً وسبعين حادثة عولجت باعلاق العلق كانت النتائج فيها حسنة جداً وقد اقر ذلك كثير من الجراحين في موئتمر ١٩٢٧ الجراحي منهم بيكو (Picot) و ج٠ش بلوك (J. ch. Bloch) ونيكولا (Nicolas) وحنا لو يس فور (J. L. Faure) و (ب موكو P. Mocquot) و(ل٠سوفه L. Sauvé)
اذا استعمل العلق في بدء التهابات الوريد اسقطها او انقص مدتها فيجب والحالة هذه اعلاق ٤—٦ علقات في جذر الطرف المهدد على وجه الفخذ الانسي متى كانت المبضوعة امرأة لان التهاب الوريد يعرقل العمليات النسائية ومتى ظهرت علامات التهاب الوريد الصغيرة : الآلم ومذل وبرودة الطرفين وحمى خفيفة وتغير النبض ووذمات او صمامة رئوية صغيرة ايضاً ثم تعلق اربع علقات اخرى بعد يومين واربع الى ست اخرى بعد يومين اخرين ايضاً٠ فتخف الآلام وتهبط الحمى وتنقص الوذمة ويصغر الحبل الوريدي فيستطيع المريض النهوض في اليوم الثاني عشر او الخامس عشر بدلاً من ان يلازم سريره ما ينيف على الخمسين يوماً ويجب ان تكون الفترة بين اعلاق العلق في المرة الاولى واعلاقه في المرة الثانية يومين وذلك لان الدم يبقى صعب التخثر ٤٨ ساعة

وقد سعى ترميه(Termier) الى حقن تحت جلد المريض بخلاصة روؤس العلق الا انه لم يوفق في استحصال العلقين استحصالاً حسناً ٠ وعرف ايضاً ان العلقين مادة تضاد الخثرين ويعتقد ترميه ان خلاصة روؤس العلق تعيد الخثرة منحلة اما عمل العلقين في افراغ البلغم (آرتوس Arthus) و (بالاس Palasse.) ومضادته للاحتقان (غرفس Graws وشوارتز Schwartz) ، فلا يزال قيد البحث ويعتقد به كثيرون واول من عرف ذلك هايدنهين ولودو(Heidenhein, Ledoux)

وقالا بانه ينشط الكريات البيضاء اما محاذير استعماله فقليلة: اكال موضعي اوشرى

ولا فائدة لهذه الطريقة في التهابات الوريد الصريحة ولا يجوز استعمالها في المبضوعين او النفاس الذين يخشى تعرضهم لانزفة تالية الا بحذر فائق او بعد انقضاء المدة التي يخشى وقوع النزف فيها

وينصح غوفه (Gouvet) وجانن (Jeanin) وجوسران (Josserand) الاّ يعلق العلق في التهاب الوريد الناجم من استقرار الانتان العام وحري بان يجرب العلق في بعض تسممات الدم وعفونته وفي التهابات الوريد الطبية لا الجراحية والفاسية فقط فقد رأى موزون(Mouzon)ان العلق افاد في التهاب وريد دوالي موءلم عصي المعالجة بالراحة والادوية المعروفة فسكن الألم على اثر اعلاق العلق وهجعت الاعراض

وينصح غونه(Gonnet) وجانين(Jeanin) وجوسران (Josserand) بوصفه كواسطة واقية تمنع ظهور التهاب الوريد في من اصبن به سابقاً على اثر النفاس وذلك بعد الولادة بثمانية ايام تجنباً للنزف .

ويجدر ان يجرب العلق في العرج المتقطع الناتج من التهاب الشرايين التهاباً مزمناً وفي التهابات الشرايين السادة ايضاً

اما فائدته في بعض امراض العيون فلا تنكر ولا يزال اطباء العيون يصفون اعلاقه وراء الاذن في بعض امراض العينين وينصح الاستاذ ضابك سعيد باعلاقه في التهاب القزحية المصلي اوداء الزرقة الحاد وقد جنى منه فوائد عظيمة كما ثبت له من اختباراته السريرية العديدة

ويستنكف البعض عن العودة اليه اعتقاداً منهم انه دويبة قذرة وان

الحجامة الدموية افضل منه اما قولهم بان العلقة دويبة قذرة فغير صحيح لان الجراثيم لا تنتقل بعضتها حتى ان العلق الذي لوث تلويثاً اصطناعياً لم ينقل الجراثيم بعضته الا بصعوبة فائقة . واما ما نسب الى استعماله من عراقيل فهو ناجم ولا شك من سوء تضميد العضة ولا يخفى ان العامة تستعمل عندنا على اثر سقوط العلق ضماداً طاهراً او مسحوق البن اوخيوط العنكبوت فلم نلاحظ في من استعمل البن لهم اوالضماد الطاهر ادنى محذور واما من ضمدت جراحهم بخيوط العنكبوت فقد اصيبوا بالحمرة وسواها من الالتهابات وصفوة القول ان العلق متى استعمل بنظافة وحيث يجب ان يستعمل كانت منه فائدة كبيرة ولم تنجم منه ادنى عرقلة ولا تعيض الحجامة المدممة عن اعلاق العلق لأسباب عديدة اولها ان تأثير الحجامة موضعي وانها تخرج كمية من الدم معينة بيد ان تأثير العلق عام وقد تبلغ كمية الدم التي تخرج به ١٠٠—٢٥٠ غراماً وثانيها سهولة اعلاق العلق في اماكن مختلفة تصعب حجامتها أو تستحيل وثالثها ان العلقة تخز مكاناً صغيراً تنجم منه ندبة ضيقة مع ان كمية الدم التي تنصب من العضة كبيرة اما ندب الحجامة فكبيرة وكمية الدم المنصبة فقليلة

يفيد العلق ايضاً في مداواة التهابات التأمور والتهابات الكلية والآلام العصبية القطنية وبعد آفات الاذن وفي احتقانات الكبد والرئة والدماغ

ويجب الا تكون العلقة قد استعملت لشخص اخر ويعرف هذا بضغط نهايتها الشرجية فان خرج من فمها دم حكم انها استعملت فتركت

ويجب ان يحفظ العلق في اوانٍ كبيرة سعتها ٧—٨ لترات وان يوضع في قعرها رمل وان يسيل فيها الماء قطرة فقطرة ليستمر تجدده وان يستر الاناء

بغطاء منعاً لهرب العلق

وعلى من يستعمله ان يكون لديه اولاً ماء حار وقدح ماء او انبوب اختبار وصبغة اليود ورفادات وقطن ورباط ولبن او ماءمحلى

طريقة العمل : ينظف الجلد المراداعلاق العلق فيه اولا بالصابون والماء الفاتر ويحلق اذا كان مشعراً ثم يجفف ويدلك لكي تحتقن اوعيته الصغيرة فيسهل اعلاق العلق ويجوز ان يبلل بلبن او ماء محلى اذا قضت الحاجة واذا اريد اعلاق بضع علقات مرة واحدة وضعت في محجم وادينرت بسرعة للجهة المراد فصدها فتستقر العلقات حينئذ بعضها الى جانب البعض الآخر وتنجم منها دائرة مكونة من عضاتها . والافضل ان يوضع العلق في رفادة تمسك براحة اليد وتدار فتلامس الجلد وتعلق به

واذا اريد اعلاق علقة واحدة تمسك بقطعة من الشاش بين الابهام والسبابة ويدار فمها نحو الجلد فتعضه ويعرف الفم بكونه ادق من جهة الشرج او توضع العلقة في انبوب او في ورقة مفتولة وتطبق على الجلد ايضاً

ويجب الانتباه حين اعلاق العلق قرب الفوهات الطبيعية (الشرج مثلاً) اذ قد تلج احداها والافضل ان يسد الشرج بقطيلة من القطن مبللةبالزيت . تبقى العلقة عالقة من نصف ساعة الى ثلاثة ارباع الساعة او الساعة وتنتفخ في اثنائها وتمتلىء دماً

ومتى لم تترك العلقة الجلد من نفسها سهل اخراجها بذر قليل من الملح او الرماد او بقص ذنبها بالمقص ولا يجوز ان تشد بعنف لئلا يبقى فكها في الجلد

الحوادث وطرق تحاشيها : قد لا تعلق العلقة او انها تنفك على اثر إعلاقها

بمدة وجيزة فلا تكون صالحة و يجب تبديلها · وقد يتلو استعمالها نزف موضعي مستمر فيعالج بالادوية القاطعة للنزف المعروفة واسهلهـا الضغط بالرفادة او الضغط بقطيلة مبللة بمحلول الانتبرين العشري او باستعمال مصل الحصان او المصل المضاد للذباح موضعياً واذا دخلت العلقة فوهة طبيعية اخرجت منها بصنع حقنة شرجية مركبة من ماء مالح ·

العناية بعد العلق : بسيطة جداً يمس مكان عضتها بصبغة اليود و يستر برفادة وقطن و يربط · و يجب ان تكون كمية القطن كبيرة لتمتص الدم النازف بعد اخراج العلقة و يندب مكان عضتها بعـد ٤—٥ ايام وندبها بيضاء صغيرة نجمية الشكل

مثال لفائدة العلق في تنبه السحايا

ج · له من العمر ١٠ سنوات تقريباً اصيب بالنزلة الوافدة شكل ذات الرئة وقد تعرقلت في اليوم الثالث بتنبه السحايا وخيف من التهابها فاعلقنا له خمس علقات وراء كل اذن فهجعت الاعراض السحائية وزالت عنه في اليوم نفسه وتحسن سير المرض وتم شفاؤه بعد اربعة ايام

مثال لفائدة العلق في احتقان الدماغ

ر · م · له من العمر سنة اصيب ببرداء من النـوع المستمر وكانت الحرارة شديدة (٤١٫٥) وتعرقلت باحتقـان الدماغ فاخذ المريض يشكو الام رأس ودواراً وغثيـاناً وهذياناً شديداً واحتقاناً ظاهراً في الوجه والعينين فاعلق العلق (١٠ علقات وراء كل اذن) فتحسنت حالته وهبطت الحمى بعـد نصف ساعة (من اعـلاق العلق) الى ٣٩٫٥ فحقناه بالكينين وتم شفاؤه بعد يومين

مثال لفائدة العلق في الحمى التيفية المعرقلة باحتقان الدماغ

ح · ع · له من العمر ٢٨ سنة اصيب بحمى تيفية اثرت في معنوياته اشد التأثير فترك

البلد الذي كان يقيم فيه وسافر ليلاً الى دمشق وتبين من فحصه انه مصاب باحتقان الدماغ وشك في اصابته بالحمى التيفية ففحص دمه فكان الجواب ايجابياً ٠ وصف له اعلاق العلق وراء كل من الاذنين فهجعت الاعراض وزال الهذيان واخذت الحمى تسير سيراً عـادياً وقد احتقن دماغه في الاسبوع الثاني (دور التقرح) فاعلق له اهله العلق دون استشارة طبيب فاعتراه في اليوم التالي نزف معوي شديد كاد يقضي عليه لو لم يتدارك الامر بوصف دوية قاطعة للنزف حاسمة

فما هو السبب في وقوع هذا النزف وهل من علاقة بينه وبين العلق ؟

كثيراً ما يقع النزف المعوي في دور التقرح ولكننا نعتقد ان لاعلاق العلق دخلا في احداثه او جعله غزيراً ودليلنـا على ذلك ما ذكرناه عن مضادة العلقين للخثرين (thrombine) وقد بحث عن النزف في اعـلاق العلق وايل (Weil) وموريكان(Mouriquand) وقالا بانه يقع ولاسيما في المقلوبين والمكبودين وقد صادف جيراردا (Girardet)مقلوباً مصاباً باسترخاء القلب اضاع ١١٣٥ غراماً على اثر اعلاق علقتين ٠ وقد تمكن وايل وبويه (Boyé) من احـداث اعراض الناعور النزفية الخطرة بحقن ارنب بخلاصات رأس العلق : كدمات تحت الجلد انسكابات دموية ، انزفة سنية ، انسكاب دم في المفاصل ، بيـلات دموية وقد شوهد ان القروح او الجروح الآخذة بالندب تنزف على اثر اعلاق اربع او خمس علقات وان بعض المرضى يعتريهم رعاف وان اعـلاق العلق قبل العمليات يعيد توقيف النزف في اثناء العملية مستصعباً (ترميه)

يستنتج من ذلك انه لا يجوز اعلاق العلق الا بعد استشارة الطبيب وان عليه ان يحذر ويراعي الحالات المضادة للاستطباب وفي زمرتهـا دور التقرح في الحمى التيفية ٠ هذا هو رأينا الشخصي ابديناه مستندين الى المشاهـدة التي

سردناها والى فعل العلقين في الدم واحداثه لتبدلات مشابهة للتبـدلات الخلطية التي تقع في الناعور (هاموفيليا)

اعلاق العلق في ذات الرئة والبرداء :ارجع الى مشاهدة ج٠و ر٠م

اعلاق العلق في الامراض الانتانية المتنوعة:لا نشك في فائدته متى جاز اعلاقه ونكتفي بمـا اوردناه من المشاهدات عن فائدته في الامراض التيفية حذراً من التطويل

اعـلاق العلق في الامراض التناسلية:

في التهاب الخصية :

هجعت اعراض التهاب الخصية باعلاق الـعلق في مريض عصي مرضه المداواة المعروفة واللقاحات ايضاً

في التهاب الملحقات :

لدينا مشاهدات عديدة تقصينافيها يوم عهد الينا في القيام بمهام السريرات النسائية فلاحظنا ان فائدة العلق في التهاب الملحقات الحاد غير المتقيح عظيمة وليس للعلق ادنى فائدة في الالتهابات المتقيحة التي تستدعي العمليات الجراحية

العلق في التهاب اللوزتين الحاد :

ف ٠ ش ٠ اصيبت بخناق بسيط حاد وضخمت لوزتاها حتى انهما كادتا تسدان مجرى التنفس والبلع وكانت حالة المريضة راعبة ومصابة بتشنج الفك ولا سبيل الى فتح فمها دون الالتجاء الى مفتاح الفم فاوصينا باعلاق العلق ريثما نحضر الآلة ونجري ما يلزم فتحسنت الاعراض بعد ساعة من الزمن وخف احتقـان اللوزتين ثم شفيت المريضة باستعمال الادوية البسيطة : غرغرة و طلاء اللوزتين

بصبغة اليود الغلسرينية

النتائج : ١ً — العلق افضل من الفصد

٢ً — العلق مفيد في الامراض الانتانية المتنوعة لانه ينشط الكريات البيضاء ويزيل الاحتقان من العضو المحتقن

٣ً — العلق مفيد في ذات الرئة لانه يساعد على تجزئة نتحة الليفين

٤ً — العلق مفيد في احتقان الدماغ وغيره من الاعضاء : قزحية ، شبكية ، مبيض ، خصية . الخ لانه يعمل على جعل كمية الدم موزعة توزيعاً منتظماً في سائر ارجاء الجسد

٥ً — العلق مفيد في التهابات الوريد السادة لانه يسقطها او ينقص مدتها

٦ً — لا يجوز اعلاق العلق في الآفات المتقرحة او المؤهلة للنزف ولا سيما في دور الحمى التيفية المتقرح . يستخلص مما اسلفناه ان العلق علاج مفيد لا يجوز اهماله متى قضت الحاجة اليه وان مؤلفي العرب كانوا على صواب في اطراء فوائده

مداواة ٢٠ حادثة سعال ديكي بكلومائية الافدرين(éphédrine)

استعمل و . دولاني اندرسون و ث . هومان الافدرين في معالجة الاطفال المصابين بالسعال الديكي فاعطيا من تجاوز عمره سنة ١٦ ملغراماً وجرعا من كان دون السنة الاولى نصف المقدار المذكور فتحسن ١٨ منهم تحسناً سريعاً اما سبب التحسن فهو نقص التشنج الحنجري او تأثير العلاج في العصب الودي تأثيراً مباشراً وقد ظل الاطفال الذين عولجوا بهذه الطريقة يشكون السعال الا انه اصبح خفيفاً وزالت عنه الصفات التشنجية ولم يصب احدهم بتسمم او بأي عرقلة اخرى وقد بدا لهما ان هذا العلاج مفيد ولا سيما في دور المرض الثاني ش . م . ش .

الجراحة

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم و كيفية تشخيصها ومداواتها

«٥»

للحكيم عبد القادر سري استاذ امراض الاذن
والانف والحنجرة وعلم التشريح

تقيحات المسكن العقدي الحارة اللاعقدية : — هي التقيحات التي تتكون خارج مساكن العقد كالنوع الوداجي ذي البطنين من التهابات الخشاء والتهاب محيط الوريد القيحي لخليج الوريد الوداجي والفلغمون العظمي قرب عظم الفك الذي تنفذ تقيحاته بعد تكونها في مساكن العقد وتكبر فيها

ويذكر (موره) من النوع الوداجي ذي البطنين في التهابات الخشاء نوعين آخرين النوع الاول خراجاته صغيرة ينشأ من العظم ويستقر على طول العضلة ذات البطين والنوع الاخر خراجاته اكبر توئثر في النسيج الخلوي ثم تنتشر الى العقد البلغمية وتشابه بتظاهراتها الخراجات حول البلعوم . وكل من يتأمل في ما قاله العلماء عن هذا النوع من التهابات الخشاء يتيقن انه يتصف بالعلامات نفسها التي تتصف بها الخراجات العقدية . .واحسن صفة يميز بها هذا النوع عن سائر الخراجات هي ابتداوءه بعلامات دالة على التهابات الاذن والخشاء . ثم يدعو اشتداد العلامات العامة في التهاب محيط الاوردة لخليج الوريد الوداجي الى التوسط الجراحي قبل ان يبرز الخراج على جدار البلعوم

ويتصف بصفات الخراجات حول البلعوم

الخراجات الباردة الجنبية الخلفية للبلعوم : — هي نوعان عقدية ولا عقدية والعقدية اكثر وقوعاً وتتصف بصفات الخراجات الجنبية الخلفية للبلعوم نفسها.

واما اللاعقدية فنادرة وتنشأ من سل الاذن وتمتاز بسيلان الصديد من المجرى السمعي الظاهر متى ضغط العنق

وتنتهي الخراجات العقدية التي تداوى مداواة جيدة بنتائج حسنة ولكن قد يفضي سل الاذن الى شلل العصب الوجهي اوالانزفة التالية غالباً .

فلغمون البلعوم المعفن : يمتاز هذا النوع بسيره الصاعق وبوخامته .

وهو يتصف سريرياً ببدئه الشبيه بالامراض الانتانية السائرة : بالحمى والهذيان، والعرواء ، وبيلة الآح ،والالام،واحمرار البلعوم وتشوش البلع وبعض الصعوبة في التنفس . وقد لا تظهر في العنق اقل علامة او تنتبج احدى جهتيه وتؤلم اوجهتاه معاً . ولا تفيد فيه المعالجة .

الفلغمون حول البلعوم الوجهي المنتشر : — يقرب هذا الفلغمون بعامله المرضي من الفلغمون الغنغريني ويمتاز عنه في بدء تكونه ببقاء البلعوم فيه سليماً فيستولي الانتان على جميع الاخلية المحيطة بالبلعوم وتمر المواد العفنة بسبب تلف الجدار الخلفي من الجيب — سواء أكان منشأ هذا التلف نخرة العظم ام انثقابه بالمبزلة — الى الحفرة الجناحية الفكية ثم يعمّ سائر الاخلية الباطنة المحيطة بالبلعوم كالمسكن الماضغ ، والمسكن فوق اللوزة والمسكن النكفي والمسكن الرقبي ولهذا سمى سبيلو هذه الفلغمونات الفلغمونات المحيطة بالبلعوم الوجهية .

وقد تبقى هذه الفلغمونات كامنة في بدء تكونها ثم تشتد شدة غريبة ويرافقها بعض الشلل في الاعصاب ولا سيما العصب الوجهي وترتفع الحمى (٤٠) ويصغر النبض ويسرع حتى انه لا يعد ويقصر التنفس ويختل ويصعب البلع ويموت المريض قبل ان تبدو العلامات المشتركة حول البلعوم ·

وتكون الناحية الكائنة تحت زاوية الفك صلبة والسطح الجانبي من البلعوم منتبجاً احمر اللون صلب الملمس · ولا تفيد الشقوق التي تسيل منها بضعة سنتمترات من الارتشاحات العفنة لان الموت واقع لا محالة ·

ومن هذه الاشكال الحادة ما يبتدىء بضوضاء ثم تهجع الاعراض ويتكون مجمع صديدي اذا افرغ واحسنت مداواته شفي المريض غالباً

الفلغمون الكثير المساكن : — هو نفوذ بعض التقيحات المحيطة بالبلعوم الى الاخلية المتنوعة المحيطة بالبلعوم ·

يمتاز هذا النوع سريرياً بالعلامات المشتركة الموافقة للاقسام المختلفة التي يحل فيها الصديد · وهو ذو انذار وخيم لانه يتلف الحجب الصفاقية ويعرض الاوعية لخطر التقرح وتكوّن السدادات فيها ·

تشخيص التقيحات المحيطة بالبلعوم

يسهل في الغالب تشخيص هذه التقيحات ولو التبس الفلغمون العقدي في الطفولة الاولى ببعض الآفات التي تطرأ في تلك السن كالتهاب الحنجرة الصرسري ووذمة المزمار والذبحة والاجسام الغريبة في الطرق الهوائية غير ان تحري العلامات الطبيعية قد يكفي لاجتناب الخطإ ·

وقد ذكرنا بين اسباب الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم التهاب الناميات

نظيرة الغدة الحاد فيجب والحالة هذه ألاّ نخلط الافتين المذكورتين لان قرص المنخرين يزيل الشخير في الاطفال المصابين بالتهاب الناميات نظيرة الغدة ولا يزيله في الآخرين

ومتى عرف القارىء ان التهابات اللوزة الحادة تقع في الجانبين وتحدث خراجات في باطن اللوزة فيزداد حجمها دون ان تظهر فيها علامات الفلغمون سهل عليه تفريقها عن الخراجات الجنبية للبلعوم·

واما الخراج قرب اللوزة فيسهل تفريقه متى كان في الحفاف ولم يتجاوزه ولكن متى امتد الى القسم الجانبي من البلعوم جر التعجن العميق الذي يبدو في العنق حينئذٍ الى الخطإ

اما قرحة اللوزة الافرنجية فتضخم فيها العقد وضخامتها ترشد الى التشخيص ولكن متى التهبت وظهر الالم كان الشك واما العوارض الثلاثية فانتباج العقد فيها وتفاعل واسرمان كافيان لارشاد الطبيب الى التشخيص الحقيقي ·

وحس التموج في المجامع الصديدية الباردة يميزها عن الاورام العفاية الصلبة التي قد تنمو في محيط البلعوم وتبرز على جدرانه ومتى شخصت هذه الخراجات كان لا بد من معرفة ما اذا كان منشأها عقديًا ام عظميًا· فاستقرار الألم الليلي ازاء الحفرة تحت القفا واشتداده حين ضغطها دليل على الداء تحت القفا · ولكن اذا تظاهر الخراج كخراج جنبي بلعومي وكانت العقد منتبجة شك في المنشإ العقدي او في الاورام الغلصمية وسن المريض واحواله العامة وسرعة تكامل الافة كل هذا مدعاة الى التردد في التشخيص ·

وقد تدعو الاورام البشرية المجهولة التي تنمو في الحفرة فوق اللوزة وتتظاهر

من وقت الى آخر بهجمات التهابية الى الاشتباه ولكن التقرح النامي وجس العقد البلغمية تحت الاصبع كالخردق بعد مدة من الزمن يظهران الحقيقة . وموقع الخراج الباطن في الخراجات الواقعة في القسم السفلي من البلعوم يفرقها عن التهاب الغضروف الدرقي المتقيح الظاهر .

غير اننا على الرغم من هذه الفروق لا نزال نقول بصعوبة الوصول الى تعيين موقع البؤرة الصديدية ومنشإها الذي يتوقف عليه عمل الجراح الشافي . واننا نرغب في استنتاج وسائط اخرى من هذه الحوادث وهو ان جميع العناصر المرضية المختلفة من العلامات المشتركة حول البلعوم حسب نوع التقيح قد تساعد على تعيين موقع المجمع الصديدي .

متى صعب البلع واختل التنفس كان الصديد ملامساً لجدار البلعوم وفي المسكن الحشوي ويميز الخراج ما وراء البلعوم عن الخراج الجانبي للبلعوم بوضعهما فيبرز الاول في الجدار الخلفي والى جانب الخط المتوسط قليلاً واما الثاني ففي القسم الجانبي من الجدار الخلفي للبلعوم دافعاً المسكن اللوزي كتلة واحدة .

ومتى تغلب الاجل وصلابة العنق على سائر العلامات المرضية وظهر الانتباج في العنق كان منشأ الخراج عقدياً ففحص الفم حينئذ يثبت أن الانتباج في الجدار الخلفي للبلعوم وانه وراء السويقة الخلفية من مسكن اللوزة

وان الامر الذي يجب ان يوجه الطبيب المستقصي اليه عظيم اهتمامه في تشخيص الخراجات حول البلعوم هو تفريق الفلغمون العظمي قرب الزاوية عن الفلغمون العقدي تحت زاوية الفك (الشبنيالك) الذي مر وصفه في غير هذا المكان . واول من ذكر الشبه بين هاتين الآفتين والطرق التي يجب ان يلجأ

اليها متى وقع التردد هو البحاثة سبيلو ·

تتصف كلتا الافتين بانتباج ناحية زاوية الفك وبصعوبة فتح الفم وبالألم حين البلع وتفترقان بكون الفلغمون العقدي ينشأ من آفة مخاطية لا سنية الا في بعض الحالات الاستثنائية التي نشأت فيها الفلغمونات العقدية من التهابات الفم واللثة غير انها قد تكون مصحوبة بنخرة السن او بنبت الناجذة فالفلغمون العظمي لا ينشأ اذن الا من آفات الاسنان

ويبدأ الفلغمون العظمي بكزاز الفكين بيدان الفلغمون العقدي يبتدىء بالاجل فتلي صعوبة البلع التي يشعر بها المريض في هذه الافة صعوبة تحرك العنق ·

ومتى سارت الافتان سيرهما برز الفلغمون العظمي نحو الجلد واستند الى الوجه الباطن من زاوية الفك وكان معها جسماً واحداً ملتهباً · واما الفلغمون العقدي فيبرز في الميزابة السباتية ازاء الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية ولا يقترب من زاوية الفك الا متى اتسع ويبقى بعيداً عنها حتى انه ليسهل تفريق احدهما عن الاخر سريرياً · واذا اتانا المريض في الادوار الاخيرة من المرض بعد ان تكون الافة قد اتسعت وانتشرت الى المواقع المجاورة لها استند في التشخيص الى الامور الاتية :

١ً — ان الفلغمون العظمي يسير نحو جسم عظم الفك الاسفل ويرتشح نحو قاع تجويف الفم دون ان يبرز على جلد البلعوم ·

٢ً — الفلغمون العقدي يسير الى الباطن ويظهر ايضاً على الجلد ولا يرتشح نحو قاع تجويف الفم ولكنه يبرز على جدار البلعوم وراء سوية الحفاف الخلفية ·

وصفوة القول ان اصعب زمن يتعسر فيه تمييز الفلغمون العقدي عن الفلغمون

العظمي هو الزمن الذي يأتي فيه المريض بعد ان يكون الفلغمون قد اتسع ولكن اذا انتبه الى الامر وفحص العظم والاسنان فحصاً دقيقاً سهل التشخيص . لان ضغط الحافة السنخية خدية كانت ام لسانية ازاء السنخ المتعفن يؤلم اذا كان الفلغمون عظمياً . ويجب ان يفتش عن الالم اذا كانت الافة ناشئة من نبت ناجذة لا تزال مستترة بضغط زاويةرأد (الشعبة الصاعدة) الفك وحول سنخ السن المذكورة . واذا لم يكف الفحص المذكور يلجأ الى المعاينة الشعاعية والى معاينة الاسنان جميعها معاينة دقيقة . وذلك بضغطها حسب الوجهتين الجانبية والقائمة وتحري تأثرها من الحرارة والبرودة فكل هذا يكفي ولا شك لتمييز الافة

ومتى كان الخراج السمحاقي السني قرب اللوزة ولم يكن سبيل الى تفريقه عن الفلغمون المحيط باللوزة والفلغمون العقدي الجنبي البلعوي الخلفي على رأي (تروفرت) دقق في العلامات السريرية وفي الاختلاف الكائن بينها . فتفرق الافة المذكورة عن التقيحات حول البلعوم بكونها تدفع ببروزها السويقة الامامية والمسكن اللوزي وتفتله حول محور سويقته الخلفية دون ان تؤثر فيه أو تجعل اللوزة ناظرة الى الوراء بيد ان الفلغمون العقدي الجنبي البلعومي الخلفي يبرز على جدار العضو المذكور وراء المسكن اللوزي ويفتل هذا المسكن حول محور سويقته الامامية فتكون اللوزة ناظرة الى الامام لا الى الوراء .

كلمة في المداواة

بما ان المجامع الصديدية التي تتكون في المسكن الحشوي تدفع الاوعية العظمية والصفائح الوعائية نحو الطبقات الظاهرة وبما ان المجامع التي تتكون في خارج المسكن المذكور تدفع تلك الاوعية نحو جدران البلعوم يجب الوصول الى مجامع النوع

الاول بالطرق الطبيعية والى النوع الاخر بطريق الجلد . وتستثنى من ذلك المجامع التي تتكون في القسم السفلي من البلعوم لان الوصول اليها يستدعي الشقوق الجلدية

ويجب ان يوقى الاشخاص المعرضون للتقيحات حول البلعوم في المسكن الحشوي بتطهير القطعة ما وراء الانف وقطعة البلعوم الانفية والحفرتين الانفيتين والاَّ يهمل الزكام مهما كان خفيفاً لان التقيحات المذكورة تنشأُ من الاقنية البلغمية الصادرة عن القطعة ما وراء الانف وعن قطعة البلعوم الفمية . وفي كل مرة نرى فيها استقرار احدى الافات المزمنة في التراكيب البلغمية البلعومية التي تتصف بضخامة في التراكيب المذكورة او بآلام الحلقوم المكررة يجب ان يلجأ الى المسح او الى الكي ويرجح في هذه الحالات قطع الناميات نظيرة الغدة وكشط البلعوم

ويلجأ الى الاضمدة الحارة والى الغسول المضادة للتعفن والمشروبات الحارة متى ظهرت العلامات الالتهابية والى الاستلقاح والاستئصال اذا قضت الحاجة

ويرجح الاستلقاح الذاتي (autovaccin) او لقاح جاهز متعدد القوى (polyvalent) ولكن لا فائدة من هذا اللقاح الا في دور الالتهاب واذا تكوّن الخراج كان شقه واجباً .

واما الفلغمون العقدي الجانبي للبلعوم فيجب الاسراع الى تخفيف وطأته ما امكن بالأَضمدة الحارة واللقاح المتعدد القوى والسعي الى افراغ الصديد متى تكون المجمع وذلك بعد بدء المرض باربعة او خمسة ايام .

وتفرغ الخراجات الباردة ما وراء البلعوم الخلفية والجنبية بالطرق المتبعة في الخراجات الحارة ومتى تعرقلت الافة بالاختناق او النزف كان خزع الرغامى وربط الشريان واجبين .

تشخيص السّكْر بعد الموت في الطب الشرعي

«Le diagnostic post mortem de l' ivresse»

للحكيم ميشيل شمندي استاذ فن المداواة والطب الشرعي ومبحث السموم

وللدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

كثيراً ما يود المستنطق او الحاكم او المحامي ان يقف على ما كان عليه القتيل قبل الموت من الصحو او السكر ليستعين على اتهام المتهم او تخفيف العقوبة عنه او دفع التبعة الملقاة عليه في كثير من الوقائع لذلك كان لتشخيص السكر بعد الموت شأن خطير في الطب الشرعي لما فيه من الفوائد الجمة وتعليل كثير من حالات الموت غير الملحوظة او المعزوة الى الانتحار ·

ان تشخيص داء الكحول الحاد ممكن بل قد اصبح في اليوم الحاضر من الامور البسيطة التي لا تحتاج الى عناء كبير وذلك بمعايرة ما في الدم من الكحول فقط · والفضل في هذا الموضوع يعود الى تورد (Tourdes) وهو اول من قدر قيمة هذه الطريقة وحاول تحقيقها (سنة ١٨٦٥) لكنها لم تخرج الى حيز التطبيق والعمل الا (سنة ١٨٩٦) عن يد نيكلو (Nicloux) مبتكر الطريقة الدقيقة المضبوطة لتقدير الكحول في الاخلاط والاعضاء واضع اساس هذا التشخيص (مع استاذه غريهان Grehant) بعد ان اثبت انتشار الكحول فيهما (اي الاخلاط والاعضاء) ثم اقتفى اثره كرّارا (Carrara)سنة ١٩١٣ فبلطزار والآنسة لامبير (Balthazard et Mlle Lambert) سنة ١٩٢٠ واوضحوا جميع ما يمكن ان يستفيده الطب الشرعي من هذه الطريقة التي ترتكز على قانوني

غريهان ونيكلو في شأن انتشار الكحول في اخلاط الحيوان واعضائــه وهما : (ان مقدار الكحول في الدم يناسب الكمية المشروبة منها) و(ان عددالسنتمترات المكعبة من الكحول الصرفة الموجودة في كل لتر من الدم تساوي عدد السنتمترات المكعبة من الكحول في كل كيلوغرام من وزن الحيوان الذي شربها) اوضحوا ذلك بعد ان حققوا صحة هذين القانونين على الانسان ايضاً .

اما معايرة الكحول فيمكن ان تجرى على كمية معلومة من الكبد والطحال والكلى والدماغ والرئة والعضلات ولكن ترجح معايرتها على الدم لسهولة العمل وقصر المدة . ولها طرائق ثلاث: طريقة نيكلو (١٨٩٦)وطريقة أسترك ورادي (Astruc et Radet) (سنة ١٩٢٥) وطريقة مرتيني ونورّيسن (Martini et Nourrisson) وكلها سواء في الصحة والنتيجة لذلك نكتفي بذكر طريقــة نيكلو المعمول بها في الطب الشرعي حتى يومنا هذا على قدمها . وهي مبنية على خاصة تأكسد الكحول بملامسة حمض الكبريت بثاني كروماة البوتاس . فاذا صب على محلول كحولي ممدد (فيه من الكحول اقل من ٢ بالالف) شيء من حمض الكبريت ومحلول ثاني كروماة البوتاس الممدد تأكسدت الكحول وانقلب ثاني كروماة البوتاس الى كبريتاة اكسيد ونصف الكروم انقلاباً يناسب كمية الكحول الموجودة في المحلول .

فاذا كان ثاني كروماة البوتاس قليلاً او كان مقــدار الكحول كثيراً كان اللون اخضر الى الزرقة وهو لون اكسيد ونصف الكروم . فاذا زاد مقــدار ثاني كروماة البوتاس ولو قطرة أو قطرتين استحال اللون الى اخضر ضارب الى الصفرة وهو دليل على ختام التأكسد .

على هذا الاساس تعاير الكحول في الدم كما يلي :

العملية الاولى : استقطار الكحول . — يؤخذ من القلب مباشرة ١٠ سم٠م من الدم وتوضع في حوجلة جهاز شلوز ينغ - اوبان مع ٤٠ سم٠م ماء مقطر و٢٥ سم٠م من محلول حمض المر المشبع [١] وتغمس نهاية انبوب الانطلاق الدقيقة في ٥ سم٠م ماء مقطر موضوعة في مخبار مدرج بسعة ٣٠ سم٠م ثم تسخن الحوجلة فيبدأ التقطر وتختم العملية حينما تبلغ كمية السائل المجتمع في المخبار ٢٠ سم٠م مما يعادل خمس السائل المستقطر وبهذا يحصل على قطارة (distillat) فيها جميع ما في (١٠ سم م) الدم من الكحول

العملية الثانية : معايرة الكحول . — يؤخذ من القطارة ٥سم٠م وتوضع في مخبار مع ٥ سم٠م من حمض الكبريت الصافي وتسخن على حرارة لطيفة حتى الغليان الخفيف ثم تطفأ النار ويقطر على ما في المخبار — مع التحريك في كل مرة — من محلول ثاني كروماة البوتاس (بنسبة ١٩ غراماً باللتر) الموضوع في نقاطة مدرجة الى عشر سم٠م حتى يستحيل لون السائل من الخضرة المزرقة الى الخضره المصفرة . فكل ١ سم٠م من محلول ثاني كروماة البوتاس يعادل ١ سم٠م من الكحول الصرفة في لتر من السائل المطلوب فحصه . ولكن يتبين من سير العملية ان مقدار الكحول المتقطر يكون في القُطارة ضعف ما هو عليه في الدم المفحوص .

هذا ويجب ألاّ يكتفى بمعايرة واحدة لان المقدار الناتج في المرة الاولى غالباً ما يكون كبيراً لذا تعاد المعايرة على مقدار آخر من القطارة ويقطر عليه

(١) (solution saturée d' acide picrique)

من محلول الكروماة مقدار اقل بـ ٢—٣ اعشار السنتمتر المكعب من الاول بحيث يحصل على لون اخضر واضح ثم يؤخذ مقدار ثالث و يقطر عليه من محلول الكروماة مع مقابلة اللون الذي يبدوء بلوني الانبو بين الاول والثاني وتختم المعايرة متى عاد اللون ضارباً الى الصفرة . فالمقدار الناتج الوسط بين المقدارين الاول والثاني هو الذي يعول عليه .

ولا يمنع مانع من مقابلة النتيجة بسلسلة نماذج حاوية على مقدار معلوم العيار من محلول الكحول المائي .

ولما كانت طريقة نيكلو هذه مؤسسة على تأكسد الكحول كما قلنا وكان غير بعيد ان توجد اجسام عضوية طيارة قابلة للتأكسد بالشروط ذاتها كالكحول العادية وحمض الخل والاثير والكلورفورم كان تقدير الكحول على هذه الطريقة لا يصح الا اذا ثبت خلو القطارة من تلك المواد .

فاما الكحول العادية المتكونة من الشحوم واشباه الهيولينات فلا تؤثر في الحساب الا بمقدار يسير جداً يمكن اهماله .

واما حمض الخل المنفصل بتأثير حمض المر في الخلاةفانه يوجد في القطارة ولكنه لا يتأكسد بتأثير حمض الكبريت والكروماة ولو اغلي السائل .

واما الألدهيد فلا يوجد في دماء الشاربين اصلاً وان كانت في نكهتهم (ريح افواههم)رائحة الدهيدية .

واما الاثير والكلورفورم فقد يؤثران في النتيجة لتأكسدهما في الشروط نفسها ولكن يسهل على الفاحص ان يتحقق ما اذا كان القتيل قد اخذ (قبل الموت) شيئاً منهما شرباً او انشاقاً ام لم يأخذ .

واما التفسخ فانه يؤثر في النتيجة ايضاً بتحليله كمية من الكحول او تكوينه شيئاً جديداً من المواد القابلة للتأكسد غير ان التفسخ لا يستدعي فقدان شيء من الكحول ما لم يصل الى درجة الاندفاعات الغازية. اما المواد الطيارة التي يكونها فان رائحتها الكريهة تنبئ بوجودها هذا فضلاً عن انها لا تتأكسد الا تدريجياً وببطء مع غليان شديد ولا يتجاوز مقدارها في جميع الاحشاء ١—١٫٥ سم ٠ م ويسهل تجريدها بالتقطير المتتابع مرة في الوسط الحامض (حمض المر او حمض الفصفور) ومرة في الوسط القلوي (فحماة الصودا) اذا لم تمض على التفسخ مدة طويلة ٠ اما اذ كانت الجثة في دور التفسخ الغازي فلا حاجة الى المعايرة اذ لا تخلو النتيجة من الخطإ

ولحفظ الدم من الفساد اذا اقتضى ارساله الى مخبر بعيد يضاف اليه من كيانوس الزئبق بنسبة ٤ غرامات بالألف ٠ ومن حسنات هذه المادة انها تمنع التفسخ او توقفه ولا تتحد بالكحول ولا تكوّن في اثناء التقطير مواد طيارة قابلة للتأكسد ولا تؤثر بكتلتها في كمية الكحول الموجودة في الدم ٠

وقد تستعمل لهذا الغرض اوراق مغموسة في محلول كيانوس الزئبق على ان يكون مقطع كل مربع منها (مساحته ١٠٠ سنتمتر مربع) محتوياً على ٤٠ سنتغراماً من تلك المادة وهو يكفي لحفظ ١٠٠ سم ٠ م من الدم

النتائج ٠— يتوصل من معايرة الكحول في الدم على الطريقة السابقة الى شيئين : اولاً الى معرفة درجة السكر التي كان عليها الشخص في اثناء موته ثانيا الى كمية الكحول التي شربها في الساعات التي تقدمت موته

اولاً ، تشخيص السكر ٠— ان ١—٢ سم ٠ م من الكحول لا يكفيان

لاحداث السكر على قول نيكلو . اما السكر الخفيف فيحصل بـ٣ سم ٠م من الكحول (بالالف من الدم)٠والسكر الشديد يحصل بـ ٤ —٦ سم ٠م٠

وابطال الحس القسمي (الخدر بـ ٧ سم ٠م والخدر التام بـ ٨و٩—١٠ سم ٠م اما بلطزار فيقول :

ان ٢—٣ سم ٠م٠ من الكحول (بالالف من الدم) تدل على حالة غير طبيعية في غير المدمنين لانهم اكثر انفعالاً من سواهم من الكحول (لعدم اعتيادهم اياها)

وان ٣ سم ٠ م فما فوق تدل على سكر خفيف

وان ٤سم٠م تدل على سكر تام سواء فيه دور التنبه او دور المشي التطوحي او دور الانحطاط حتى في المدمنين حقاً ٠

اما مقدار اقل من ٤ سم ٠ م بالالف من الدم في الاشخاص المدمنين المزمنين فـلا يدل على شيء لاعتيـاد عضويتهم الكحول٠ وكل مقـدار يتجاوز ٤ بالالف يدل على ان الشخص مات وهو في حالة السكر ٠

واذا كان المقدار ١٠ سم ٠م بالالف وهـو نادر جداً دل على موت بداء الكحول الحاد كما يقول الاستاذ كوهن ابرست (Kohn Abrest)

اما موت المدمنين المزمنين فكثيراً مـا ينشأ من البرودة التي تحصل في دور الانحطاط (من ضربة الدم الرئوي) او يكون ناتجاً من الآفات المزمنـة التي يكون السكر ازاءها سبباً ثانوياً موجباً ٠ ويبلغ المقدار الكحولي في دمائهم ٤—٦ سم ٠ م بالالف

ثانياً — معرفة كمية الكحول المشروبة ٠— تستنتج كمية الكحول المشروبة

من قانون غريهان ونيكلو الآنف الذكر . فاذا كان وزن الجسم ٧٠ كيلوغراماً مثلاً فان ٢ بالالف من الكحول في الدم تدل على ان الشخص قد شرب قبل موته بقليل ٧٠ × ٢ = ١٤٠ غراماً من الكحول الصرفة او ١٦٥—٢ لتر من الخمر

على ان المقدار الكحولي الذي ينتج بمعايرة الدم بعد فتح الجثة ، اذا ضرب بوزن الجسم يحصل مقدار من الكحول الصرفة اقل مما يقتضي ان يكون قد شرب في الساعات التي تقدمت الموت وذلك لإطراح قسم من الكحول المشروبة او تحللها على رأي بلطزار —لامبر

وقد شاهد الاستاذ كوهن ابرست في كثير من الوقعات التي حدث فيها الموت من شرب كمية كبيرة من الكحول ما يؤيد رأي بلطزار اذ لم يجد مقدار الكحول بعد تحليلاته الدقيقة اكثر من ١٢ سم م .

وهناك بعض عوامل لا يخلو ذكرها من فائدة وهي :

١ً — تأثير كثافة الكحول : لكثافة الكحول تأثير في نتيجة التحليل اذ ان الاشربة القليلة الكحول (وهي التي تحوي ٣٫٥ بالمئة من الكحول كالجعة) تعطي مقداراً اقل من الذي ينتج بقانون غريهان — نيكلو بمقدار ثلث . اما الاشربة الروحية الكثيرة الكحول وهي التي تحوي ٤٠ — ٥٠ بالمئة كالعرق والروم والليكور فانها تعطي مقداراً اعظم من الذي يستنتج بقانون غريهان نيكلو بمقدار ثلث على قول ميل (Miles) أو ربع أو سدس على قول سيمونان (Simonin) واما الاشربة المتوسطة الكحول وهي التي لا يتجاوز مقدار الكحول فيها ١٠ بالمئة كالخمور فهي التي ينطبق عليها دستور غريهان نيكلو كل الانطباق

٢ً — تأثير انتظام الشرب: من المعلوم ان الشارب لا يسكر آنياً بل يكون ذلك على التدريج بمعنى ان الكحول في دمه تزداد شيئاً فشيئاً حتى تبلغ درجة السكر ٠

على ان الشارب قد يجعل بين جرعه فترات طويلة (ساعة ونصف فأكثر) او فترات قصيرة (ساعة فقط أو اقل) وهو الاكثر ٠

فشرب كمية قليلة من الكحول بفترات طويلة لا يحدث ضرراً ما في العضوية ٠

اما الشرب الذي تتقارب فتراته فيبلغ الكمية الكحولية في الدم المقدار الذي يبلغه فيها شرب الكمية ذاتها دفعة واحدة ٠ وينطبق عليه قانون غريهان نيكلو بصحة كافية ٠

واما الشرب الذي تتباعد فتراته فيزيد الكمية الكحولية في الدم بعد تناول كل قدح ازدياداً يتناسب مع المقدار المشروب ٠

٣ — تأثير البول: الكحول الداخلة للبدن لا تبقى كما هي بل يحترق منها قسم (٨٨ في المائة) ويطرح قسم آخر بواسطة البول (٧ في المائة) والرئة والجلد (٥ في المائة) ولما كان المقدار المطرح منها بالبول قليلاً جداً كان البول غير مؤثر في الكمية الكحولية في الدم تأثيراً يذكر (١)

٤ً — تأثير حالة داء الكحول المزمن: من المشاهد ان الظواهر الشخصية في السكير كثيراً ما تنقص بتأثير الاعتياد ٠ لذا يكون مقدار الكحول دماء المدمنين المزمنين أقل لبلوغ الحد الاعظم فيهم سريعاً وفقدان الكحول من

(١) يتم اطراح الكحول من العضوية الحية بعد ٢٠ ساعة ٠ اما بعد اثنتي عشرة ساعة فقط فلا يبقى منها الا شيء قليل جداً (نحو ٠٫٥٠ غرام باللتر) ٠

دمهم عاجلاً .

على ان نقصان الظواهر الشخصية الروحية في هؤلاء لا يدل على إلفة كما ان داء الكحول المزمن لا يكوّن سبباً يعتد به في تطبيق قانون بلطزار —لامبير

٥ً — تأثير زمن التحليل : قد يظهر باديء ذي بدء ان يكون لزمن التحليل دخل في النتائج بحيث تختلف باختلاف زمن السكر ولكن الابحاث الدقيقة ايدت ان هذا الاختلاف ضئيل جداً لاضرر في اهماله .

ففي الاشربة المتوسطة الكحول يزداد المقدار الكحولي في الدم في الساعة الاولى ثم يستقر حتى الساعة الخامسة وهذا ما يساعد الفاحص على تعيين الزمن المناسب الذي يبلغ فيه المقدار الكحولي حده الاعظم ذلك الزمن الذي يقرب فيه السكر ايضاً من حده الاعظم وتكثر فيه دواعي الموت كالحوادث والانتحار والقتل على اثر منازعة ، لفقدان العقل

اما في الاشربة الكثيرة الكحول فقد يطرأ عليها ما يستدعي خطأ فادحاً في نتيجة الحساب ولكنه لا يلبث ان يزول — بعد ساعتين من ختام الشرب — وتصبح الكمية الكحولية في الدم قريبة من الرقم الذي يستند اليه في حساب مقدار الكحول المشروب .

٦ً — تاثير غرق الجثة وانغمارها في الماء : لتمدد الدم بتأثير الفعل الحيوي السريع تأثير في الكمية الكحولية اذ يخفضها مقدار ١/٥ الى ١/٩ .

اما الابتلال او التمدد الذاتي الناجم من استحالة جثية سريعة ومترقية فيؤثر تاثيراً يختلف باختلاف العوامل التي انتجته والتي يصعب تقديرها في كل حالة من الحالات .

معرفة نوع الاشربة الروحية المتناولة

ليس من الصعب في كثير من الوقعات الاهتداء الى نوع الاشربة الروحية المتناولة بشرط ان لا يكون هناك مزيج منها وذلك من منظر المحتوى المعدي ورائحته ولونه لا سيما بفحصه الكيماوي السمي

اما الخمر خصوصاً فتكشف بسهولة وسرعة بتحري عنصرين اساسيين فيها وهما حمض الطرطر والمادة الملونة

تحري المادة الملونة . — توضع قطرة واحدة من المحتوى المعدي على ورقة ترشيح وتعرض وهي رطبة او بعد الجفاف على البخرة الامونياك فتخضر اللطاخة واذا عولجت بحمض الكلورهيدر او حمض الطرطر ينقلب اللون الى احمر

ويمكن تطبيق هذا التفاعل على شيء من المحتوى المعدي موضوع في انبوب تجربة .

ليس هذا التفاعل على بساطته ما يخشى منه سوءاً على النتيجة لان هذا الكاشف لا يكون ايجابياً الا مع قشور العنب الاحمر والخوخ وعنب الذئب (groseille) والتوت الشوكي (framboise) والتوت الاعتيادي . وكل منها يكشف بسهولة بفحص المحتوى المعدي بالعين المجردة ورؤية حثالاته

اما مادة الشوندر الملونة فانها تتحلل بتأثير حمض الكلورهيدر

تحري حمض الطرطر . — اذا كانت الخمر بيضاء يتحري حمض الطرطر وذلك بكاشف دنيجس او بينارولا (Pinérula) .

تفاعل دنيجس . — يمزج ١ سم . م من محلول الوز ورسين (المحضر بنسبة ٢ ٠/٠) مع ١ سم . م من حمض الكبريت ويؤخذ من المزيج نصف سم . م

و يوضع في جفنة صينية و يسخن للدرجة ١٣٠ و يضاف اليه (بواسطة ممـاص دقيق) قطرة واحدة من السائل المعدي فيبدو لون احمر بنفسجي

تفاعل بيدارولا ٠— يحضر مزيج من حمض الكبريت ونافتـول ب ٠ و يطبق كما في السابق فيبدو لون ازرق ينقلب الى اخضر واذا اضيف اليه مـاء يتحول الى احمر ضارب الى الصفرة

وبما ان حمض الطرطر يوجد في بعض الفواكه والخضروات بكمية اقل جداً ممـا في الخمر فلا بأس من تمديد المحتوى المعدي بالماء المقطر ٢٠ مرة او ٣٠ ثم تطبيق احد الكاشفين على شيء من هذا المحلول الممدد

والخلاصة يستنتج من كل ما تقدم :

انه من المستطاع تقدير الكمية الكحولية في الدم بطريقة نيكلو بسهولة وصحة اذا لم تكن الجثة اخذت بالتفسخ الغازي اولم يكن الميت قد انشق شيئاً من المخدرات كالاثير الكلورفرم قبل موته ٠

كما انه يمكن الاستدلال من معايرة الدم على درجة سُكر الشخص اثناء موته وعلى مقدار الكحول الذي شربه قبل بضع ساعات من موته (بخطإ قليـل) خصوصاً اذا كان المشروب من السوائل الروحية المتوسطة على شرط الاتكون الجثة جثة غريق ٠

وكذلك من الممكن تعيين طبيعـة الكحول المشروبة لا سيما اذا كانت خمراً وذلك بتطبيق بعض الكواشف البسيطة على المحتوي المعدي

هذا ما رغبنا في ذكره على صفحات هذه المجلة عسى ان ينتبه اليه أولو الشأن في حل كثير من المشاكل التي تعرض لهم في اغلب الاحيان

التهابات ما حول الكولون المزمنة (١)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

التهاب ما حول الكولون المزمن معناه التبدلات المرضية المكتسبة التي ينقلها الى الخلب المحيط بالكولون رض او تعفن او تخرش آلي او سمي . وتفضي جميع هذه التبدلات الى إحداث التصاقات او انكماشات في الربط المعلقة ينجم منها انزعاج في انتقال غائط الكولون يستدعي التوسط الجراحي .

الاسباب : بين الاختبار ان المعالجة المضادة الزهري قلما تأتي بفائدة في التهابات الخلب اللاصقة التي سنأتي على درسها .

وان تلقيح القبعة باجزاء مستخرجة من الالتصاقات او من العقد المريضة المنتزعة في سياق العمليات الجراحية المجراة في التهابات ما حول الكولون المزمنة لا يزال سلبياً .لان هذه الالتصاقات تظهر في الغالب بعد العمليات المجراة على البطن فتوقع المريض في اليأس وتدفع به الى التنقل من عيادة الى اخرى طلباً للشفاء .

فمتى اجريت العملية وكانت البيئة عفنة سهل تعليل التهاب ما حول الاحشاء .غير ان هذه الالتصاقات تعقب ايضاً العمليات التي لا التهاب فيها حتى انها تلي فتح البطن الاستقصائي البسيط .

(١) ملخصة عن البحث الذي رفعه لردنوا من باريس الى موءتمر الجراحة الفرنسي السادس والثلاثين سنة ١٩٢٧

فما هو السبب في حدوث التهابات ما حول الكولون المؤلمة اثر العمليات التي لم يطرأ التعفن عليها ولم يهمل فيها اقل شرط من الشروط الجراحية ؟ اننا كلما تعمقنا في درس هذا الموضوع ثبت لنا ان تعليله امرٌ يستدعي التقصي والبحث في البيئة نفسها ولا سيما متى كانت حالة التهـابية كامنة (اي التهاب كولون)لم ينتبه اليها لتعالج ومتى اذكي الالتهـاب بالمسهلات و بغسل الامعاء قبل العملية و بعدها في وقت تكون به راحة الامعاء واجبـة . ومن الاسباب المحدثة لالتهاب ما حول الكولون بعد العمليات الزحار المتحولي المزمن ور كود المواد الغائطة في الكولون وكل التهاب خلب حاد يترك وراءه بعد ان يبرد التهاباً مزمناً حول الكولون . غير اننا نجد في الممارسة ان التهابات ما حول الكولون اللاصقة تظهر اثر النكس وعقب الهجمات الخفيفـة الحدة الناكسة . ولهذا كانت ازالة مقر التعفن الاساسي واجبة متى كان نزعه ممكناً .

ولا بد من الانتباه الى هذه النقطة الاساسية وحفظها جيداً وهي ان عمل التفاعل الالتهابي حول الكولون والثرب يستمر سائراً سيره ولو زال الالتهـاب من العضو الذي كان مصاباً ذلك لان عاملاً جديداً بدأ بالتأثير نعني به التهاب الكولون الركودي(colite stasique)

ان جميع التعفنات المزمنة او الخفيفة في المعدة او المرارة او الذيل الدودي او الرحم او جميع احشاء البطن والحوض قد تكون مصدراً لالتهاب حول الكولون في القسم الذي يلامس به المعي الغليظ الحشا الملتهبة او في قسمٍ بعـيدعنها . اما انتشار هذه التعفنات فيتم اما مباشرةً او بشبكة الاوعية البلغمية تحت المصلية التابعة لجذوع الربط المعلقة وعقدها .

غير ان التهـابات الـكولون قد تظهر او تشتد في اشخاص خالين من اي سبب مخرش او في من از يل منهم هذا السبب (اي في من قطعت زائدتهـم اذا كانت هي السبب والخ) فيظهر تفاعل الخلب في الجزء الملامس لهذا الالتهاب المستمر وتتـكون اغشية كاذبة ولجم وتبـدو انثناءآت وجميع هذه الاسباب تحدث الركود فيقع المريض في دائرة لا مناص له منها لان التهاب ما حـول الكولون والثرب يسبب الركود والركود يسبب الالتهاب ويزيده وخامة ·

وقد يكون سبب الركود في بعض الاوقات حالة شاذة في الامعاء والخلب كلجم ولادية او انثناءآت ناجمة من هبوط الاحشاء (هبوط الامعاء ، وهبوط الـكلية ، لجم لان « Lane » غشاء جكسون« Jakcson »

التشريح المرضي تصنف التهابات ما حول الـكولون مع كثرة عددها خمس فئات بالنسبة الى منظرها ·

١ً — تصلب ما حول الـكولون وهو بقع بيضاء تظهر على النقاط المتكثفة من جدار الامعاء ·

٢ً — تصلب الهدب الشحمية وإسلاعها (scléro-lipomatose des franges graisseuses) المختلفة الهيئات ·

٣ً — اللجم وهي اشكال متنوعة وكثيراً ما تكون سبب الاختناق ·

٤ً — الالتصاقات وهي :

أ — ليفية تجمع عضوين وتجعلهما واحداً وتوحد اوعيتهما الشعرية دون ان تكون بينهما طبقه مصلية ·

ب — مصلية وهي التي تتحد بها الوجوه المصلية ويبقى فصل احدها عن

الاخر ممكناً متى عثر على السطح الذي يجب اتباعه لانه سطح لا أوعية فيه

٥ً — الانثناءآت المصلية الغشائية الشكل المكونة من انثناء الخلب الجداري ويسهل التغلب عليها ودفعها متى عثر ايضاً على السطح المائل . وتصادف انكماشات والتصاقات وانثناءآت على الربط المعلقة هذا عدا الاشياء الاخرى التي ترى على إطار الكولون غير ان منها ما هو كثير الحدوث ويرى كثيراً على اجزاء الكولون المصابة :

على القطعة الدقاقية الاعورية :

١ً لجم : أ — لجام لان . يقع فوق الدقاق ويجر نهايته الى العالي .

ب — اللجام تحت الدقاق الذي يجر نهاية الدقاق الى الاسفل ج — اللجام امام الدقاق والاعور الذي يضغط الزاوية الدقاقية الاعورية ماراً امامها .

٢ً — انحرافات الزاوية الدقاقية الاعورية المشنجة مع التصاقات اضافية عديدة .

٣ً — التهاب ما حول الكولون الغشائي وهو التصاقات منبسطة غشائية مختلفة المناظر ومتفاوتة الدرجات بمتانتها منذ الغلاف المصلي الذي وصفه جاكسون حتى انثناءآت الخلب الجداري الاعورية التي لا اهمية لها .

حذاء الزاوية اليمنى : نجد ان الكولونين الصاعد والمعترض قد اتحدا كأنهما مدفعا بندقية .

حذاء الزاوية اليسرى : يظهر التهاب ما حول الكولون بتصلب الربط الطحالية الكولونية والجدارية الكولونية اليسرى فيبدل الهدب الشحمية التي تنقلب لجماً حلقية ملتصقة فتخنق المعي .

وينثني الرباط المعلق للكولون الزاوي ولفافة الكولون الخلفية وينكمشان فيزيدان تزوي الزاوية ٠

حذاء السين الحرقفي : حيث ترى المناظر المتنوعة التي كشفتها في الممارسة العمليات النسائية البطنية ٠ واكثرهذه التبدلات دلالة تظهر حذاء الرباط المعلق : فان انثناءات الخاب تقصر الرباط المعلق والتهاب الرباط المعلق والسين الانكماشية تضغط السين عرضاً ٠

التبدلات المعوية : يستمد التهاب ما حول الكولون المزمن اهميته من التشويش الذي يحدثه في وظيفة الكولونات ٠ فقد يفضي بالتزوي والاختناق وسوى ذلك الى انسداد الامعاء الحاد او الخفيف الحدة وكثيراً ما يحدث فقط دعث معوي خفيف تال للركود وللتفاعلات التشنجية ٠ وينتهي الامر بتوسع المعى فوق العائق لان المعى بعد ان يتفاعل مدة من الزمن معيضاً بنشاطه عمّا يقف في وجهه يهن ولا يلبث ان يخضع للعائق الذي يعترضه ٠ فتحدث ثلاثة تبدلات حسب اختلاف طبيعة الالياف العضلية المصابة: تمدد بسيط متى اصيبت الالياف العضلية الدائرية ٠ والكولون المستطيل (dolichocôlon)متى اصيبت الالياف الطولانية ٠ وتوسع الكولون (megacolon) متى اصيبت الاليــاف الدائرية والطولانية معاً ٠ ومتى زاد الركود واستمر امتدت تأثيراته الى البعد حتى ان الاثني عشري يتمدد والمرارة تتوسع وتمتلىء والمعدة نفسها التي تكون في بدئها صغيرة شديدة التنبه تهن وتتسع وتهبــط متى كان اللجام دقاقياً اعورياً ٠ ولا بدّ من التنبيه الى امر مهم وهو ان اجراء الكولون هذه المستحيلة هي في الحقيقة اقلّ تلفاً مما يدل ظاهرها لانها تستعيد وظيفتها ولا تعود مؤلمــة متى ازيل

العائق الذي يزعجها ومتى دربت تدريباً حسناً مدة طويلة .

وقلما يصاب جزء من اجزاء الانبوب الهضمي بآفة مرضية شديدة دون ان يؤثر مرضه في الانبوب جميعه . فيجب والحالة هذه ان يعد التهاب ما حول الكولون والتهاب الثرب وما حول الكولون المزمنان جزءاً من مجموعة التهابات نسميها التهاب ما حول الاحشاء المزمن المتزايد .

الاعراض : تتنوع تنوعاً شديداً كما تتنوع الآفات المحدثة لها بمنشإها ومقرها وشدتها . فاننا نرى درجات متفاوتة منذ الانسداد الفجائي حتى تشوشات خفيفة متصفة بالشقيقة والحصر (angoisse) وعدا هذا فما من جهاز في البنية الا و يصاب برشاش التسمم والتعفن اللذين يحدثهما الركود . فقد بدأ لردينوا بذكر التهاب ما حول الاعور المزمن الناجم من التهاب الزائدة آتياً على وصف العوارض الناجمة منه : التهاب الزائدة في الطفولة الذي كمن عشر سنوات وربما عشرين سنة ولم تكن له اعراض واضحة ثم ظهر بعدها بعوارض الركود الناجمة من التهاب الثرب وما حول الكولون ومن انتشارهما السريع . ولا عجب فان الامعاء التي تلجمها هذه الالتصاقات تتألم وهي تنشط في الاجزاء الواقعة فوق العائق لكي تسير المواد فتعيض بنشاطها عن الضيق الذي احدثه المانع وتبقى مثابرة على نشاطها ردحاً من الزمن حتى يأتي يوم تغلب به على نفسها فتهن وتتوسع وتسترخي فتجتمع المواد فيها وتركد . وليس القبض مستمراً في حالات كهذه بل تتخلله نوب ذرب . ولا يلبث ان يؤثر الركود في الاثني عشري فيبطيء سير المواد الغذائية فيه ويتصف هذا الابطاء بما تدعوه

العامة « ألم القلب » ثم لا تلبث التخمة الاثني عشرية (dyspepsie duodénale) الحقيقية ان تتضح

واما المعدة فانها تلعب في البدء دور الاعاضة فتتقلص تقلصاً شديداً وتعود سريعة التنبه . وتبدو فيها الالام والقيء وتشنج البواب ولا يؤثر في تخفيفها النظام الغذائي ولا اللفاح . لا بل تزيد الادوية في الطين بلة لانها تخفف نشاط المعدة فتهن وينتهي الامر بتوسعها .

ولربما ظهرت قرحة في هذه المعدة السريعة التنبه الزائدة الافراز او في الاثني عشري المتوسع المصاب بالركود .

وغزارة اللعاب التي تكثر في هذه الحالات تفضي الى ابتلاع الهواء فالى ريح الكولون (aérocolie) وما ينجم منهما من العوارض المزعجة .

ويصاب الكولون في المنطقة التي يظهر بها التهاب ما حول الكولون بالتهاب ايضاً لان الركود يعيد محتويات الكولون سامة عفنة فتبدو التفاعلات التشنجية وتكمل هذه التشنجات طريقها حتى الشرج فتنتهي باحداث البواسير .

ولا تلبث هذه التعفنات الطويلة المدة ان تتلف الكبد فتصاب بالقصور وببعض التشمعات . وتصاب المرارة ومجاري الصفراء ايضاً بالالتهاب لان انفراغ الصفراء يعود صعباً فتركد ويحدث الرمل الصفراوي .

وتصاب المشكلة (بنكرياس) ايضاً . ويهزل المريض وتضمر عضلات بطنه فيؤدي ذلك الى هبوط الكلية اليمنى ويفضي استمرار التعفن والتسمم الى التأثير في وظيفة الكلية فتصاب بالقصور وتسوق المريض الى داء بريت . وتنشط عصية الكولون بسبب الركود وتتمكن من المرور الى الدوران فتعفن

مسالك البول : احتقان بسيط وتنبه مثاني مستعص ، بيلة دموية ، التهاب الحويضة والكلية وهو ما يسمى عرض هايز بو يه المعوي الكلوي (syndrome entéro-renal de Heitz-Boyer) الذي تستدعي مداواته معالجة الامعاء اكثر من معالجة جهاز البول .

وتظهر تشوشات تناسلية وحصر قلبي وتشوش النظم وتشوشات تنفس تصل حتى درجة الربو الانعكاسي وتشوشات عصبية في النهاية مستمرة ومتغلبة حتى انها تخفي الآفات الحقيقية وتدعو الى عدّ هؤلاء المرضى المساكين كمصابين بالخور (neurasthénie) المستعصي

السير : بطيء جداً في الغالب لان التهابي الثرب وما حول الكولون المزمنين يستغرقان عادة بضع عشرات من السنوات قبل ان يعودا غير محتملين . وقد تطرأ نوب حادة مع انسداد جزئي خفيف وانتباج العقد الماساريقية وانسكاب التهابي في البطن وقد تطرأ ايضاً نوبة انسداد فجائي شديد .

وتعلو الحرارة علواً كبيراً في بعض الاوقات وتبين معاينة الدم حينئذ (اي في اثناء الهجمات الحادة) ان كثيرات النوى قد ازداد عددها . ويجب ان تجرى معاينات اشعاعية عديدة متتابعة لان تأخر المواد الغائطة عن السير قد تحجبه تفاعلات حركية معيضة في الاجزاء الاخرى من انبوب الهضم فيجب والحالة هذه ان تعاين كل قطعة من قطعات الانبوب الهضمي بدون استثناء . وقد بين لردينو اهمية هذه المعاينة باسهاب . وابدى الانواع السريرية الاكثر حدوثاً حسب مقر التهاب ما حول الكولون : مشهد التهاب الزائدة المزمن الذي يترتب على الطبيب ان يدقق فيه جيداً ويبحث في تحليله لكي ينسب الى الزائدة ما

يعود اليها و ينسب الى سواها ما ليس محدثاً منها · ومشهد الركود الاعور سي الصاعدي الذي تتغلب فيه الاعراض المسممة الناجمة من القبض الايمن ومشهد التهاب ما حول الكولون عند الزاوية اليسرى الذي يميل الى سد الكولون ويؤلم شديداً بانحباس الارياح في الكولون ·

ومشهد التهاب ما حول الكولون الحوضي ومشاهد اخرى : كالالتصاقات التالية لتعفن حاد واقع في الجوار والورم الالتهابي والتهاب مـا حول الكولون الغشائي والتهاب الرباط المعلق والسين الحرقفي الانعكاسي والتضيقات حول الكولون الحوضي ·

التشخيص : قلما نرى مجموعة سريرية غنية بالاعراض كالتهاب مـا حول الكولون المزمن وقلما نجد مرضاً يصعب تشخيصه و يعسر تعليل اعراضـه كما يصعب هذا الالتهاب · ولا بد من معرفة التفاعلات العديدة والعراقيل الكثيرة التي تطرأ في هذه الافة وفقدان الاعراض الاشعاعية فيها · والاّ تسوقنا النوب المصحوبة بحمى الى الضلال فنظن ان الافـة التهاب خلب حاد او سل خلبي مستعجل فيجب ان تعاد نوب الانسداد الحاد او الخفيف الحدة الى اسبابها الحقيقية وان ينفى فعل الطفيليات · وقد نضطر احياناً الى تمييز هذه الافة عن سل الاعور او سرطانه فاذا شك في الامر وجب ان يفتح البطن للاستقصاء فيه · و يصعب التشخيص و يعود دقيقاً متى اشترك التهاب ما حول الثرب والكولون المزمن باعراض تخمة شديدة مع اعراض قرحة المعدة او الاثني عشري حتى انه يعسر شديداً ان تعاد هذه الاعراض الى سببها الاول · يقول الاستاذ غوسه على سبيل المجاز ان كثيراً من قرحات المعدة هي في الزائدة

ولا بد من اخذ الاحتياط نفسه متى كانت الاعراض دالة على التهاب المرارة . وظهور التهاب الحوضة والكلية والتهاب المثانة يجب ان يوجه انظارنا دائماً الى حالة الامعاء المرضية .

والشقيقة ونوب الكبد تدعونا الى التفتيش عن الركود المعوي المزمن . والتهابات عصب الورك والالام العصبية السادة قد تنجم ايضاً من التهاب ما حول الكولون .

وكم من المرضى الذين يعالجون لهبوط معدهم او لتوسعها مع انهم مصابون فقط بالتهابات الثرب وما حول الكولون المزمنة .

فاذا قضت الظروف يجب الالتجاء الى عملية جراحية بعد ان تكون قد اخذت الاحتياطات اللازمة وفحص القلب والدم والبول ولم يكن ما يمنع اجراءها

المعالجة: تقسم قسمين واقية وشافية .

١ — المعالجة الواقية : تقوم أ — بازالة مصادر التعفن لانه السبب الاول لالتهاب ما حول الكولون . وعليه يجب ان تقطع الزائدة او المرارة متى ثبت انهما ملتهبتان . ومتى تأخرت العملية كثيراً لم ينجم منها تحسن يذكر لان التهاب ما حول الكولون والثرب يكون قد اشتد وتأصل فيستدعي ان توسع ساحة العملية وتفك الالتصاقات وتقطع الثروب المريضة وتتمم هذه المعالجة الجراحية بمعالجة دوائية طويلة المدة .

ب — باخذ الاحتياطات الجراحية وذلك بتحضير المريض المعد للعملية تحضيراً حسناً وباستعمال الرفق في اثناء العمليات وبالامتناع عن استعمال رفادات خشنة او جافة في اثنائها وعن مطهرات الفساد والعناية بستر الاقسام المعراة من

الاحشاء بالخلب و بخياطة الخلب الجداري خياطة متناهية في الاتقان ·

٢ً — المعالجة الشافية : اما ان تكون العملية موجهة الى قطع زائـدة ملتهبة او الى مفاغرة المعدة بالامعاء او سوى ذلك فتصادف الالتصاقات الناجمة من التهابات الثرب وما حول الكولون المزمنة او ان تكون العملية موجهة الى فك الالتصاقات نفسها ·

ففي الحالة الاولى يجب ان تقطع اللجم وتفك الالتصاقات المبـدلة لمنظر الكولون تبديلاً ظاهراً وان يكن قد دار الحوار شديداً حول هذه النقطة وقال البعض بنكسها لان الرأي العام يسلم باجرائها ·

واما العملية الموجهة الى فك الالتصاقات فلا يشار بها الا متى لم تعد هذه الالتصاقات محتملة ومتى خابت المعالجة الدوائية :النظام الغذائي والراحة الطويلة اشهراً عديدة والابتراد والاستحمام في الحمات والاستحرار (diathermie) والاشعة تحت الحمراء والمجاري الغلفانية والتمرنات الحاجزية واللقاحات والاستعضاء آن الكبدي والمعثكلي · فمتى خابت جميع هذه الوسائط وجبت العملية الجراحيـة كلما كان التهاب الثرب وما حول الكولون ميالاً ميـلاً متمادياً الى الامتداد والإخطار ·

ويلح لردينوا بالدقـة في تحضير المريض : يجب ان تجرى العملية بعـد ان يبرد الالتهاب وان يعاين الدم (تعد الكريات البيضاء وتعرف صيغتهـا ودرجة التخثر والخ) و يعالج التهاب الكولون وقصور الكبد والمعثكلة المرافق والخ·) وينظف الفم

ويشير بان يستعمل الايثير المسخن والممزوج مع الاوكسيجين في التخدير

بعد ان يحقن المريض حقنتين متواليتين من السدول ·

فبعد ان يجرى شق متوسط فوق السرة وتحتها تعاين احشاء البطن جميعها معاينة دقيقة وتقرر الخطة التي يجب اتباعها · فاذا كان تحرير الالتصاقات حول الكولون ممكناً فكت الالتصاقات على ألاَّ تترك سطوح معراة ولهذا يجب تسهيلاً للعمل ان يفتش عن السطوح التي يسهل تفريقها · واذا اضطرت الحالة الى تعرية المصلية يجب ان ترمم بخياطة الخلب واذا كان هذا الامر متعــذراً وجب ان يلجأ الى تطعيم السطوح المعراة بطعوم ثربية حرة ·

اما الاعتناءآت بعد العمليات فلها تأثير كبير في النجاح · وقــد جربت عمليات اخرى اضافية كتجعيد الاعور وتثبيته غير ان فائدتها لم تثبت ولم يزل الحوار حولها شديداً · واذا لم يكن تحرير الكولون من الالتصاقات التي تضغطه ممكناً وجب التفكير بالمفاغرات المعوية المعوية او بقطع بعض الاجزاء

اما المفاغرات التي اجريت فلم تأت بنتائج ثابتة هــذا اذا استثنينا منها مفاغرة الاعور بالسين الحرقفي التي كانت لها فوائد لا تنكر · ومن اخطار هذه المفاغرة انها تحدث وهناً في القطعة التي لم تعد المواد الغائطة تجتازها فتتكون لجم اخرى جديدة حول الكولون وتنتشر الى الجوار وقد تصل الى مكان المفاغرة فتضغطه · ولهذا كان نزع هذه القطعة التي حول عنها مجرى المواد الغائطــة افضل من ابقائها · وقطع الكولون اما ان يكون جزئياً او تاماً · امــا القطع التام فقد وجهت اليه انتقادات جمة لانه يخل بموازنة احشاء البطن · ولهــذا كان الالتجاء اليه من باب الشذوذ ومتى خابت جميع الوسائط الاخرى البسيطة · فمتى شخص التهاب ما حول الكولون وكان التوسط الجراحي مشاراً بــه كانت

العمليات التي يجب علينا ان نختارها العمليات البسيطة حتى اذا خابت لجأنا الى ما هو اشد اخطاراً منها فكان علينا ان نبدأ اولاً بتحرير الكولون من التصاقاته وبقطع الثرب المتصلب ثم بمفاغرة الاعور والسين واخيراً بقطع الكولون الجزئي

. . .

هذا ما ورد في التقرير الذي رفعه لردنوا الى موئتمر الجراحة ورغبنا في نشر لمحة عنه كي لا تفوت قراء مجلتنا فوائده الجمة · غير اننا ننصح لزملائنا ان يطالعوا هذا التقرير المسهب الذي يقع في ١٨٥ صفحة لانــه مفعم بالفوائد ولان لمحة صغيرة عنه لا تكفي للاحاطة باطراف هذا الموضوع الجلل ·



الصيدلة

طريقة حديثة في إستحضار مرهم الزئبق

وضع هذه الطريقة العالمان بورداي (Borday)وجوردن(Gordan)والغاية منها هي الحصول على راسب دقيق جداً من الزئبق بترسيب احد محاليل ملاح الزئبق ومزجه بخليط من شحم الصوف(اللانولين)والفازلين . ولذلك يحل في الحرارة ٢،٥٠غرام من الهلامين (جلاتين) و٤٠ غراماً من الصودا الكاوية في ٢٠٠ سم٣ من الماء

ويضاف الى هذا المحلول بعد تبريده ٢٠ غراماً من الفورمول (محلوله $\frac{٤٠}{١٠٠}$)

ومن جهة ثانية يحضر في الحرارة ايضاً محلول مؤلف من ٤٠ غراماً من ثاني كلور الزئبق (سليماني) في ٢٠٠ سم٣ ماء فيصب هذا المحلول وهو حار في المحلول الاول رويداً رويداً مع التحريك المتواصل والاعتناء الدقيق فيغسل الراسب الزئبقي الحاصل مرتين بالماء ويلقى الراسب على ورقة الترشيح ثم ينقل وهو رطب باعتناء زائد الى هاون فيه ٢٥ غراماً من شحم الصوف اللامائي ويكمل الوزن بالفازلين الى ١٠٠ غرام ثم يمزج مزجاً جيداً حتى التجانس التام(ولا صعوبة في هذه العملية الا في مزج الراسب الزئبقي بشحم الصوف)ولذلك يجب ألاّ يترك الراسب يجف على ورقة الترشيح . تمكننا هذه الطريقة من استحضار مراهم زئبقية مختلفة النسبة يبلغ مقدار الزئبق فيها ٦٠ في ١٠٠ واستحضارها سهل وسريع اما تأثيرها الطبي فهو عظيم بسبب انقسام الزئبق الى ذرات دقيقة جداً كما تقدم

شوكة الجراح
استاذ فن الصيدلة والكيمياء

مقتطفات حديثة

ملخصة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي
استاذ في المعهد الطبي العربي

مداواة اسراع القلب الاشتدادي : (هوسلن Hœsslin)

يقسم هرمن (Herman) اسراع القلب الى :

اسراع القلب الاذيني

اسراع القلب الشرياني البطيني

اسراع القلب البطيني

ينجم الاسراع من تنبه بعض مناطق القلب تنبهاً شاذاً ولا شك ان للجملة العصبية دخلاً كبيراً في هذا الامر

تقسم المداواة قسمين مداواة عرضية غايتها تسكين النوبة ومداواة اساسية غايتها شفاء العلة ففي اثناء النوبة يجب السعي وراء تنبيه العصب المجهول لانه يعدل القلب . ويفيد ضغط الشرايين السباتية في هذا الصدد فائدة جليلة وكذلك ضغط العين وعصب ما فوق الحجاج .

وقد تقف النوبة بشهق المريض شهقاً عميقاً وبتمسيد رقبتـه . واستعمل المتتبعون وسائط اخرى منها وضع رفادات مبللة ماء بارداً في النقرة وضغط المعدة وبلع برشانة كبيرة واحداث القيء والتثاوب وغير ذلك وجرب البعض بضع العصب الودي في الرقبة وقيل ايضاً ان هذه العلة عرض لأمراض كثيرة مقرها اضطراب في البصلة او في الغدد الداخلية الافراغ (ولا سيما الدرقية) والجملة العصبية وقد ينجم من التراث العصبي

اما تأثير الادوية فمختلف . يأتي المفاجين بنتائج حسنة ولكنها ليست ثابتة يجوز ان يجرب الفيزوستغمين وحيده اوممزوجاً بالستروفانتين . وكانت نتائج المداواة بالبيلوكاربين والكظرين (ادرنالين) حسنة ايضاً

يفيد الكينين والكينيدين في هذه العلة لانهما ينظمان حركات القلب ولا سيما متى رافق الاسراع تشوش التنظم . ويجوز متى خشي من وقوع القلب في الوهط (collapsus)ان يستعمل الستركنين والديجتالين والستروفنتيوس ويجب الا ننسى الوسائط الصحية منها اجتناب التبغ وملازمة الراحة اوالتمرن تمرناً معتدلاً وراحة الفكر وملافاة قصور الغدد الداخلية الافراغ.

اما الانذار فمتعلق بدرجة العلة القلبية وسببها وشدة النوب .

❋ معالجة حبن تشمع المكبودين بكلورور الكلسيوم ❋

لئون بلوم وب كرليه (Léon Blum et P. Carlier) .

بحث ل . بلوم وبانغ (Bang) سنة ١٩٢١ عن خاصة كلورور الكلسيوم في تزييد بول المكبودين المصابين بالتشمع

فعالجا : آ — مريضاً مصاباً بحبن تشمعي فجرعاه ١٢ غرام كلورور الكلسيوم في كل يوم مدة خمسة ايام ثم زادا المقدار حتى بلغ ١٨ غراماً واستمرا على تجزيعه ذلك مدة ١١ يوماً واوصيا المريض الا يدخل الملح في طعامه وشرابه فازدادت على اثر ذلك كمية البول المفرغة من ٦٠٠ — ٨٠٠ سم مكعب في اليوم حتى ١٠٠٠ — ١٥٠٠ — ٢٠٠٠ — ٢٨٠٠ سم مكعب في اليوم الواحد فخف وزن المريض ستة كيلوات ونقص محيط بطنه ٤ سنتمترات في خمسة عشر يوماً .

٢ً — مريضاً له من العمر ٤٥ سنة مولعاً بالكحول اصيب بتشمع كبد مع حبن غزير حتى انه اخرج منه حين البزل في ٥ تشرين الاول سنة ١٩٢٥ ٩ لترات ونصف اللتر فبلغ وزنه ٧٥ كيلواً ونصف ومحيط بطنه في حذاء السرة ١٠٩ سنتمترات وكان يفرغ كمية من البول بين ١٠٠ — ٥٠٠ سم مكعب وكانت ترتفع حرارته حتى ٣٨٫٥ — ٣٩٫٥ فجرعاه ٣٠ غراماً من كلورور الكلسيوم في كل يوم مدة احد عشر يوماً فخف وزنه وكثر بوله وهبطت الحرارة الى الحد الطبيعي ونقص محيط بطنه فاصبح ١٠٢ سنتمتر ثم انقطع عن المعالجة ٢ يوماً فنقصت كمية البول حتى ٥٠٠ — ٨٠٠ في اليوم فاعيدت المعالجة مدة اثني عشر يوماً (٣٠ غرام كلورور الكلسيوم في اليوم كما في السابق) فعاد التحسن ونقص الوزن فاصبح ٦٥ كيلواً وعاد محيط البطن ٩٠ سنتمتراً

٣ً — مريضاً له من العمر ٦٢ عاماً دخل المستشفى في ٣١ ايار سنة ١٩٢٧ مصاباً بالتشمع الضموري وفي بطنه كمية كبيرة من الحبن فحمي عن الملح وحقنت عضلاته بـ ١ سم مكعب نوفزورول (novasurol) ليكثر بوله فلم يفد ذلك اقل فائدة بل ارتفعت حرارته فحقن بعد خمسة ايام بـ ٢ ٠٫٠ من كيانوس الزئبق فلم يات ذلك بفائدة تذكر فجرع ١٥٦ غرام كلورور الكلسيوم في ١٧ يوماً فزادت كمية البول حتى بلغت ٢٠٠٠ سم مكعب في اليوم ثم قطعت المعالجة عنه ستة ايام فهبطت كمية البول الى لتر فاعيدت المعالجة فتحسنت حالة المريض

يستنتج من المشاهدات الثلاث المذكورة ان :

١ً — كلورور الكلسيوم غير مسمم ولو اعطيت منه جرعات كبيرة ٠ وقد

ينجم منه اسهال يقف متى انقطع المريض عن استعمال العلاج

٢ً — تزداد فائدته بعد ان يقطع مدة و يعاد الى المعالجة

٣ً — تأثيره في تزييد البول اعظم من تأثير المبولات الزئبقية (نوفزورول كيانوس الزئبق) كما يتبين من مشاهدة المريض الثالث

وقد جرب بعض علماء السريريات هذه المعالجة ولم تفد الفائدة التي ذكرها المؤلفان وسبب ذلك يعود الى امرين :

الاول — هو ان المريض لم يحمَ عن كلورور الصوديوم حمية كافية مع ان هذا الشرط واجب لا مندوحة عنه والاّ كان ضرر المعالجة اكثر من فائدتها فالامتناع عن الملح ضروري جداً ويسمح للمريض بأ كل ٢٠٠ غرام لبن فقط وبالبطاطا والارز والبيض والفواكه واللحم

الثاني — هو اعطاء مقادير غير كافية من كلورور الكلسيوم ٤—٦ غرامات على ان المقدار الاصغر الذي يجب اعطاوءه هو ١٠—١٥ غراماً ولا بأس في ابلاغ المقدار الى ٢٥—٣٠ غراما . ويجب ان يستعمل العلاج مدة من الزمن اكثر من ٧—٨ ايام

الاستنتاجات : ١ً — ان كلورور الكلسيوم علاج مبول يفيد في افراغ المياه المتراكمة في العضوية التي تعصي المداواة كحبن المكبودين

٢ً — لا تتم فائدة هذا العلاج الا بحمية المريض عن الملح حمية تامة واعطاء مقادير كبيرة من كلورور الكلسيوم والمثابرة على المعالجة مدة طويلة

٣ً — يجب ان تراقب في هذه المعالجة كمية الماء المتراكمة ودرجة نفوذ الكلية

مداواة الهُدام (داء البحر)

ستار كنستين (Starkenstein) : يعتقد ستار كنستين ان الهدام ناجم من تنبه التيه الذي يعمل على احداث افعال انعكاسية حشوية حركية وحركية وعائية ناجمة من العصب الودي وقد فكر في ان اللفاحين يفيد في هـذه الحالة على ان يحقن منه تحت الجلد بثلاثة ارباع الملغرام الى ملغرام واحد ولا يفيد هذا العلاج متى اعطي داخلاً ولو كانت مقاديره كبيرة . هذا ولا يخلو اللفاحين من بعض المحاذير فمنها ما يزول باشراكه مع المورفين ومنها ما لا يزول لذلك فكر ستار كنستين باعطاء الهيوسيامين (hyosciamine) او السكو بولامين (scopolamine)

تستعمل كافوراة (camphorate) المادتين المذكورتين لكي يستفاد ايضاً من فعل الكافور المسكن . وقد رأى المؤلف المذكور ان هذه المادة اعظم فائدة من اللفاحين واقل سمية منها .

وقد جرب الاطباء البحريون هذه المادة فلاحظوا ان فائدتها كبيرة تفوق الادوية التي استعملت في هذا الشأن حتى الان . يستعمل هذا العلاج المزوج داخلاً فتعطى منه حبيبات تحوي كل منها نصف ملغرام على ان تؤخذ حبتان في اول السفر

ومتى بدأ الهدام عاد استعمال الحبيبات صعباً لان المسافر يقيء فلا بأس حينئذٍ من عمل فتيلة سكو بولاموهيو سياميئية فيها ملغرام من المادة المؤثرة ووضعها في الشرج . وقد اعطى الطبيب المذكور حبيبات غفـلاً (inertes) مماثلة لهـا

ليعرف ما اذا كان للاقناع دخل في تسكين الهدام فرأى ان الحبيبات الغفل لم تأت بأقل فائدة وهذا ما يثبت ان هذا العلاج نافع في الحالة المذكورة

يعطى الاطفال في ٢٤ ساعة نصف حبة حتى السنة الثالثة من العمر وحبة بين ٣ — ١٠ سنوات وحبة ونصف الحبة بين ١٠ — ١٤ سنة

ولا يفيد علاج س ٠ في الهدام فحسب بل في دوار المناطيد والطيارات والقطر الحديدية والسيارات ايضاً

مداواة الاورام القرنبيطية بالاقناع

ج٠ بونجور من لوزان (J. Bonjour) : لا يفيد الاقناع في الثآليل فحسب بل في الاورام القرنبيطية والحليمية ايضاً فقد استشارت مريضة الحكيم بونجور مصابة بورم قرنبيطي كانت عالجته باشعة X وبالكي الحروري فلم تشف وقد شفيت بالاقناع ٠ ويعتقد ب٠ ان لدرجة الضغط في الاوعية تأثيراً في الحادث فضغط المصابين بالامراض الجلدية المذكورة شديد ويفيدهم الاقناع لانه ينقص درجة التوتر ولا سيما الصغرى ٠ وان الحالات التي تعصي الاقناع تسهل معالجتها بوصف ادوية خافضة للتوتر ومشاهدة ب التالية جزيلة الفائدة ٠ عاد مريضة لها من العمر ثلاث عشرة سنة فرأى ان توترها شديد ولم يؤثر فيها الاقناع فاعطاها المورفين (ثلاثة ملغرامات في اليوم) كعلاج خافض للتوتر فنقص توترها واخذت ثآليلها بالشفاء ٠ وهو يعتقد ان الاقناع مفيد لانه يحدث انعكاسات محية شوكية تعمل على تنظيم حالة الاوعية وهو يقول ان العقل والحس والاوعية تعمل مشتركة

و يعتقد ايضاً ان بين الاورام الجليمية وامراض القلب علاقة خفية فان المصابين بالورم الحليمي يصابون بعد مدة ٢٠ — ٣٠ سنة بتظاهرات قلبية حقيقية تعصي المداواة في الغالب وهذا يساعدنا على فهم اسباب الاورام الحليمية فهي اما طبيعية او روحية او كيماوية وظاهرة او باطنة والعنصر الروحي هو الاساس في احداثها

مداواة خراج الرئة بحقن باطن الوريد بالاوروتروبين

استعمل أ · ج كوبتف (A.J. Koptev) هذه الطريقة في عشرة اشخاص وداوى ستة اشخاص آخرين كما يداوى الخراج العادي فمات منهم اربعة واما الذين عولجوا بالاوروتروبين فلم يمت منهم الا واحد ولم تتحسن الحالة في مريضين وشفي سبعة ·

يبدأ بحقن باطن الوريد كل يوم بنصف سنتمتر مكعب فسنتمتر مكعب من محلول نسبته ٤٠ في المائة · ويضاعف المقدار بعد ثلاثة ايام ملاحظاً درجة تحمل المريض وقد ترتفع الحرارة اثر الحقن فيجب ألا يعبأ بارتفاعها و يجوز ان يبلغ ما يحقن به المريض يومياً ٤ سنتمترات مكعبة · وتكفي عادة ١٠ — ١٢ حقنة لشفاء المريض · تفيد هذه المعالجة ولا سيما في الادوار الابتدائية اما اذا كان الشخص مصاباً بغنغرينة او ببيئة سل رئوي فتعود هذه المعالجة قليلة الفائدة .

✻اسقاط الحصبة بكلور مائية الكينين ✻

الاستاذ ا · ن فيدروفيتش (Féderovitch) :

ان للحصبة علامات منذرة يجب ان تنبه الطبيب الى اسقاط الانتان بكلور مائية الكينين على رأي ف · وتبقى فائدة هذا العلاج جزيلة حتى متى ظهرت الحمى

فتعود وطأتها بعدئذٍ خفيفة فلا ترتفع الحرارة كثيراً ويقصر دور الاندفاع ويقل خطر العراقيل ولا يعود وقوعها كثيراً

يستعمل ف٠،٠٣ — ٠،٣٠ كل يوم حسب السن ٠ واذا لم يكن وصف العلاج بطريق الفم ممكناً يفضل وصفه فتائل في الشرج ٠

معالجة الكزاز

يداوي استاذ السريريات في جامعة غراز (Graz) الحكيم هابرر (Haberer) المكزوز : ببزل نخاعه ويخرج من السائل الدماغي الشوكي ١٠٠—٢٠٠سم مكعب ثم يحقن النخاع بـ ١٠٠ — ٢٠٠ سم مكعب من المصل المضاد للكزاز ولا يمكن بزل القطن الا بعد تخدير المريض بالايثير وتكرر الحقن مرة كل يومين ويحقن شرج المريض وتجرى بعد هذا حقنة شرجية فيها ٣ غرامات من الكلورال ثم يحقن بعد ساعتين بحقنة شرجية ثانية مركبة من ١٠٠ غرام من محلول كبريتاة المغنزيا الخمسي ثم يحقن تحت الجلد بعد ساعتين ايضاً بـ ٠،٠١ —٠،٠٢ مورفين وتكرر هذه المعالجة بعد اربع ساعات اخرى ومجموع ما يتناوله المريض في اليوم ٩ غرامات كلورال و١٨ غرام كبريتاة المغنزيا و٠،٠٣—٠،٠٦ مورفين ويثابر على هذه المعالجة حتى زوال الاعراض الخطرة العامة :

عالج هـ ٤٥ مكزوزاً منذ سنة ١٩٢٤ الى سنة ١٩٢٧ فلم يمت منهم الا ثمانية اي ان نسبة الوفيات في سريرياته عادلت ١٨ في المائة ٠ وقلة عدد الوفيات في هذا الاحصاء دليل على ان هذه الطريقة في المعالجة هي افضل الطرق وسيكون لها مقام رفيع في مداواة المكزوزين .

مقتضبات عما يقال و يعمل

في سريريات حنا لويس فور (J. L. Faure)

«٧»

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

اشعة X : طريقة بكلار (Beclère) هي اقدم الطرق وتقوم باشعاع مقادير جزئية تتكرر مرة في كل اسبوع ١٢ — ١٥ جلسة

وهناك طريقة اخرى وهي طريقة اشعاع مقادير كبيرة دفعة واحدة وانصى ما يتحمله الجلد مرة واحدة هو الاشعاع مدة ٤ ساعات في خلال ثلاثة او اربعة ايام على ان تنفذ الاشعة من خمس فوهات ثلاث في الامام واثنتين في الوراء

الراديوم : يستعمل من ملاحه كبريتاة الراديوم غير المنحلة لان استعمالها اسهل من استعمال البرومور ولكن الخباب تعاير ببرومور الراديوم تسهيلاً للحساب

والترشيح في هذه المعالجة مهم جداً لكي تمر الاشعة النافذه فقط المتصفة بصفة اختراق النسج بعيداً عن البؤرة المركزية . يحفظ لراديوم في انابيب من بلاتين كثافتها ملمتر واحد وتغلف كل من هذه المراشح بورقة الومنيوم توقف الاشعة التالية التي تأتي من البلاتين — و يحاط كل هذا برشحة مصنوعة من صمغ كثافتها ملمتر او من مطاط خال من الاجزاء المعدنية كثافته ملمتران .

وليس الجهاز على الرغم من كل هذا كثيفاً كثافة تمنع ادخاله في الرحم لان ايلاجه فيها سهل للغاية اما تركه فيها فثلاثة الى اربعة ايام

ومتى ارتفعت حرارة المريضة دل ذلك على احتباس المفرزات فيوجب نزع الجهاز ويفضل ان تستعمل هذه الانابيب بعد ان يكون قد انقطع النزف

ومتى كانت الرحم نازفة وكان يخشى تقلصها وقذفها لأنابيب الراديوم يجب الانتظار ريثما يهجع هذا الدور وعلينا ان ندك الرتج المهبلي جيداً بعد وضع الانابيب لكي نمنع خروجها والا قذفت الى المهبل فلا تكون الرحم قد عولجت بل المهبل قد احترق

يعالج ثلث المصابات في مستشفى بروكا (Broca) باشعة X او الراديوم و يشفي منهن ٩٦ في

المائة و يعالج الثلثان الاخران بالعمليات الجراحية

الموت على اثر العمليات : يقع بنسبة ٥ في المائةوالنقطة السوداء الخطرة هي الصمامة الرئوية فمتى علت حرارة المريضة بعد استئصال ورمها الليفي نحو اليوم السادس وجب البحث عما اذا كان في الجدار خراج والا وجب تحري علامات التهاب الوريد الصغيرة : وهي الوذمة في الكعوب والالم في الحماة (mollet) وانسكاب سائل في مفصل الركبة . فاذا شك في الامر وجب منع المريضة عن الحركة . والخطر شديد في التهاب الوريد الخفي الذي لا يشعر به واما اذا شخص التهاب الوريد فلا يقتل لان خطره يدرأ بالمعالجة و يجب تثبيت طرف المريضة في ميزابة ٢٥ يوماً متى ثبتت اصابتها بالتهاب الوريد ولا يبدأ بالتمسيد اللطيف الا ١٥ يوماً بعد نزع الميزابة ولا تحرك المفاصل الا في اليوم الخمسين

ومتى شكت المريضة بعد ٨ — ١٠ ايام ألم جنب والتهاباً خفيفاً بالقصبات شك في إصابتها بالتهاب الوريد وخشي خطر الصمامة فلا يجوز تحريكها

القشاعات المدممة (crachats hémoptoïques) : تدل على صمامات صغيرة والتهاب خفي في الوريد .

وتحدث هذه الصمامات الصغيرة جنابا في اكثر الاوقات وتموت المريضة بسبب الصمامة او بسبب التعفن

ان دفاع خلب المصابات بالورم الليفي الذي لم يعرف الجراثيم مطلقاً ضعيف اذا قيس بخلب المصابات بالتهاب الملحقات . و يصعب ان تعرف مقدماً وطأة الجراثيم المتساقطة مع الغبار في بطن مفتوح

اما الصمامة فنادرة في عمليات التهاب الملحقات والسرطان وهي على العكس الخطر الدائم في الورم الليفي .

الورم الليفي والحمل : اختلفت اراء المولدين والاختصاصيين بامراض النساء في هذا الصدد لان الحمل يعرقل الورم الليفي عرقلة خطرة

يفضل المولدون انتظار الزمن القريب من الـلدة (وقت الولادة) ليروا ما اذا كان الورم يبدل مقره لان الوقت يفسح دائماً لاجراء العملية القيصرية متى مست الحاجة واستئصال الرحم بعدها .

و يعتقد حنا لويس فور ان ترك الحمل وشأنه غير جائز الا متى استقر الورم الليفي في قعر الرحم ٠ واما اذا كان الورم في الحوض والجنين في المركز او في القعر فتكون الولادة صعبة ٠ والحمل المصحوب بورم ليفي يعد خطراً عظيماً يهدد حياة الحامل وليست العملية القيصرية في هذه الحالة بسيطة وعادية لان الرحم لا تنكمش فتنزف فاذا تركت الرحم والورم الليفي فيها تعفن الورم واذا استئصلت الرحم فلا يخلو استئصالها من الخطر الشديد ٠

والقيصرية في الرحم المصابة بالورم الليفي تفضي في الغالب الى موت الوالدة والولد معاً فحياة الولد والحالة هذه مهددة بالخطر في كل حال فيفضل حنا لويس فور ان يختار اخف الشرين فيضحي بالولد و ينجي الوالدة باجراء العملية قبل الشهر الرابع من الحمل ٠

ولم تبطل الطرق الحديثة استئصال الرحم القسمي فهو لا يزال مستعملاً في كثير من الاحوال غير ان الطرق الحديثة سلبته جميع الحادثات الحسنة التي يتقور بها النجاح ولم تترك له الا الحوادث السيئة المصحوبة بالتهاب الملحقات اوالانتان والموات وسوى ذلك

ومع كل هذا فان المداواة بأشعة الراديوم و X معالجة استثنائية تحتاج الى مدة طويلة وقد لا تفضي الى نتيجة حسنة والتوسطات الجراحية هي المعالجة المعتادة

ولم تعد طريقة الربط المضمرة مستعملة

وقد قلّ جداً عدد الحادثات التي تعالج بقطع الورم وحده

وليعلم ان الورم الليفي الذي يبقى نازفاً على الرغم من اجراء المداواة الشعاعية حسناً ليس ورماً ليفياً صرفاً ، وان الورم الليفي الذي ينمو بعد الضهى و ينزف ليس ورماً ليفياً بل سرطاناً في جسم الرحم وان الورم الليفي الذي ينمو في شابة لها من العمر ٢٠—٢٥ عاماً هو ورم عفلي واستئصاله واجب وان الورم الليفي الذي ينمو بعد الحمل هو ورم متعفن واشعة X فيه نذير الموت ٠

اكياس المبيض (Kystes de l'ovaire)

نذكر منها :

الاكياس الكبيرة : الاكياس نظيرة المخاط — التي تنمو من بشرة المبيض الساترة المنغلفة ٠

الاكياس الصغيرة : تنمو من اجربة دوغراف و يكثر عددها في مبيض واحد فتكون مرضاً عجيباً وهو التهاب المبيض التصلبي الكيسي (ovarite sclero -kystique) وليست هذه الحالة التهابية بل ناشئة من سوء النمو و يتبع سيرها دورين ممتازين ·

١ — دور احتقان : تكرر الاباضة ، غزارة الحيض، اشتراك الرحم بالاحتقان فيكبر حجمها و يزداد حسها

٢ —دور تصلب: يتصف بالالم تكبر به الاجربة و يقف نموها عوضاً عن ان تنضج وتنبثق فتكون كيساً واحداً فكيساً آخر · وهكذا دواليك حتى يعود المبيض محشواً بهذه الاكياس يستمر الدور الاول ٥ — ٦ سنوات واذا تزوجت الابنة كانت عاقراً ثم يأتي دور التصلب والالام · فيختل حينئذٍ نظام الحيض وقد تنقص كميته

والعقم هو القاعدة في هذه العلة : وذلك لان البييضات لا تصل الى النضج فلا تعود المرأة لقوحة

الفحص : يبدي لنا ان الرتج الخلفي مؤلم وان المبيضين كبيران، مؤلمان الا انهما يتحركان تحت الاصبع (وتبدو هذه العلة عادة في الطرفين وتكون في الجهة اليسرى أشد) لانه لا عوامل التهابية تلصقهما او تثبتهما

واذا جست ناحية المبيض كانت مؤلمة وقد يكون المبيض مؤلماً لأقل لمس وغير مؤلم اذا مسك بالاصابع ·

الاعراض : متنوعة بسيطة وقد لا يكون فيها غير الالم فيظهر بظهر عسر الطمث وهذا هو الاكثر حدوثاً واذا بدا قبل الطمث كان مسبباً من احتقان المبيض وانثناء الرحم الى الامام

وقد تبدو بعض اضطرابات انعكاسية هضمية يجب تمييزها عن الاضطرابات المعدية المعوية والتهاب الزائدة ·

المداواة : طبية في دور الاحتقان وفي الفتيات من ١٨ — ٣٠ سنة

و يجب ان تميز هذه العلة عن التهاب المبيض والملحقات

فاذا لم يكن تعفن كانت الحقن الشرجية الملودنة (laudanisés) مع غرام انتبرين او الفتائل اللفاحية خير ما يصنع لتخفيف الالم او يعطي المركب الآتي :

بين الطمثين	خلاصة الهامليس السائلة خلاصة الهيدراستيس السائلة	من كل ٥ غرامات
	صبغة الفيبرنوم برونيفوليوم صبغة الانمون (anémone)	من كل ٢ غرام
	صبغة الانسون	١ غرام

تعطى ٣٠ قطرة كل يوم مع قليل من الماء المحلى قبل طعام الظهر · ويجوز ان يزاد المقدار حتى ٥٠ قطرة · (يداوى الورم الليفي النازف قليلاً بالعلاج نفسه)

وقد جربت خلاصات الغدد : ولا بد من الحيطة في استعمالها: فالجرعة القصوى منها في بادئ الامر هي خمسة سنتغرامات

ويعتنى بالحالة العامة (الحرض العصبي neuro-arthritisme) وبمراعاة قواعد الصحة وبالرياضة البدنية المعتدلة

ويشار بالاستشفاء في حمات لوكساي (Luxueil) وبلومبيار (Plombières) وشاتل غيون (Chatel Guyon) متى ظهرت اضطرابات معوية ·

وينصح للبلغميي المزاج بالاستشفاء في بيارتز (Biarritz) وسالي بيرن (Salies de Bearn) واذا ظلت المرأة تتألم على الرغم من ذلك كله وشكت آلاماً عصبية شديدة جداً تعصي المداواة

وجب الالتجاء الى العمليات الجراحية { عمليات اقتصادية (op.conservatrices) / استئصال تام (op.radicales)

ويجوز ان تجرب العمليات الاقتصادية اولاً ما امكن : الكي النقطي (ignipuncture) فيكوى كل كيس على حدة والاستئصال الاسفيني الشكل واستئصال مبيض واحد ·

غير ان هذه العمليات لا تحسن العلة الا تحسيناً موقتاً · وتستدعي الحالة واشتداد الألم بعد ستة اشهر استئصال الرحم

الاكياس الكبيرة (gros kystes) : اهمها الاكياس نظيرة المخاط (kystes mucoïdes) وهي مذنبة في الغالب تنمو اولاً في الحوض نمواً سريعاً حيث تكون ورماً ثم تصعد الى البطن حيث تكون ورماً ايضاً والحذر من خلطها بامتلاء المثانة فيزال

الشك بالقثثره و يميز هذا الورم عن اورام الكبد بوضع المريضة في وضعة مائلة

الاكياس الحوضية : متى كانت مكتنفة او ملتصقة شابهت اشياء كثيرة وكان تشخيصها صعباً قد يضطر الطبيب الى بزل دوغلاس بغية الاستقصاء فيها اوتجرى العملية بعد البزل مباشرة وحذار من الانخداع بقوام الورم : لان الكيس المتوتر يشابه بقوامه قوام ورم صلب ولا سيما متى كان متعدد الجيوب فيميز الكيس عن الورم الليفي ببقاء الطمث في الاكياس المبيضية طبيعياً في الغالب دون ان يزداد لا بل ينقص وقد ينقطع .

وهناك نوع تجب معرفته وهو الشكل النامي الذي يمتاز بالحبن : وهذه الناميات اورام حليمية سليمة في الغالب ومنها ما يكون سرطانياً مثبتاً بالمخبر . وكيس المبيض معرض في اثناء سيره لبعض العراقيل كالانفتال (torsion) او التعفن (infection) وهذا ما يدعو الى استئصال الكيس متى شخص دون ابطاء

والانفتال مزمن : يسبب أنزفة في الاكياس بانبثاق الاوردة وانشقاقها او حاد وهذه الحالة خطرة تستدعي التوسط الجراحي السريع ويخشى في الانفتال الحاد ان يقع نزف في الكيس فينشق وينزف الدم في الخلب نزفاً غزيراً خطراً

وكثيراً ما يلتبس الكيس المنفتل بالتهاب الزائدة فيجب الانتباه والانشقاق قليل الوقوع يعقب عادة الانفتال الخفيف .

اما التقيح فيأتي من احد النفيرين غالباً و يجعل العملية صعبة

ونجد عدا الاكياس الطويلة الذنب الاكياس النامية في ملء الرباط العريض الاكياس نظيرة الجلد (les kystes dermoïdes) تبدو منذ الولادة وتنمو بعدها فتسبب وتكون اوراماً في جانب الرحم وهي قليلة التحرك تنمو امام الرباط العريض نحو المثانة . ويقع كيس المبيض خلف الرحم في البدء وراء الرباط العريض وهو يستدعي العملية الجراحية بدون ابطاء .

الاكياس حول المبيض : هي اكياس واقعة في ملء الرباط العريض استئصالها صعب لان اعضادها رقيقة .

ويستند في تشخيص الاكياس على قوام الكيس

فاذا كان قاسياً شخص انه نظير الجلد

واذا كان رخواً حكم انه حول المبيض

ويجب ان يميز الكيس عن الحمل خارج الرحم وعن تقيح الملحقات .

و يكون الكيس الواقع في الرباط العريض ثابتاً لا يتحرك كالسور .

المداواة الجراحية هي في :

الاكياس المذنبة : ربط الذنب ربطاً وثيقاً لان الخيط يتزلق ويجب ان يفحص المبيض من الجهة الثانية قبل اغلاق البطن خشية ان تكون الافة مضاعفة

الاكياس الملتصقة : صعبة تجرى فيها عملية التقشير (decortication) او خياطة جدار الكيس بالجلد (marsupialisation)

الاكياس النابتة : تترك الناميات الملتصقة بالامعاء الدقيقة وشأنها ويجب في كل حال فحص هذه الاكياس فحصاً نسيجياً فاذا كانت اوراماً حليمية تركت وشأنها واما اذا كانت سرطانية فتعالج بالاستشعاع مدة طويلة من الزمن

الاكياس المنفتلة (kystes tordus) يجب التوسط الجراحي فيها بسرعة والاستئصال

اورام المبيض الصلبة : هي اورام مضاعفة تنمو في سن اليأس بعد انقطاع الطمث فهي اورام الشيخات .

و بعضها متحرك سليم يستمر على هذه الحالة — اورام ليفية — والبعض الاخر يتحول الى سرطان او ابتلوما أو ورم عفلي .

ولهذه الحالات دوران

يستقر السرطان في الدور الاول في المبيض — ولا يكون ملتصقاً فيستأصل وتشفى المريضة ومتى كان ملتصقاً كان النكس مقرراً مهما كان الالتصاق خفيفاً و يلتبس هذا السرطان بسرطان المستقيم والسين الحرقفي فيجب وضع التشخيص باضاءة المستقيم .

اورام المبيض الليفية	اورام
الاورام العفلية : تنمو في الفتيات بسرعة غريبة	ضامة { سليمة = ورم ليفي / خبيثة = ورم عفلي }
السرطانات : تصيب المسنات وهي مضاعفة . حبن	ابيتلوما خبيثة سيرها سريع جداً .
	اورام عجائبية (teratome)

اورام مضغية : هي اورام تشابه المخلوقات الحية المشوهة

كيس المبيض والحمل : ليس نادراً . يختلط بالانفتال والانشقاق والانزفة ويعسر الولادة .

ومتى شخص كيس المبيض وجبت معالجته معالجة جراحية كانت الانثى حاملاً اولا . وكثيراً ما يكمل الحمل سيره كأن لم يكن شيء .

فاذ اجريت العملية قبل الشهر الرابع كان الجسم الاصفر مفيداً فاذا استئصل في الجانبين اسقطت المرأة

اما اذا اجريت بعد الشهر الرابع فلا يعود الجنين محتاجاً الى الجسم الاصفر واستئصال المبيضين يصبح جائزاً .

يسد الكيس في اثناء الولادة المجرى فيجب بزله . وهذه هي الحالة الوحيدة التي يسمح فيها باجراء البزل (بطريق دوغلاس)

النتائج : يستأصل الكيس متى شخص بدون ابطاء

يستدل على حؤول الكيس وخبثه بازدياد حجمه ازدياداً فجائياً وزوال حركته

قلما ينجم من كيس المبيض حوادث انضغاط او دنف او اضطرابات قلبية

اذا عولجت اكياس المبيض بالاشعاع اخطرت وانقلبت اوراماً خبيثة

(للبحث صلة)



الجزء ٦ المجلد ٥



دمشق في حزيران سنة ١٩٢٨ م الموافق لذي الحجة ١٣٤٦

اعراض سحائية متكررة
في حامل قديم لاكياس المتحولات

للحكيم زابو استاذ السريريات الباطنة في معهد الطب
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كان للحالات السحائية في هذه السنوات الاخيرة نصيب كبير من الاهتمام والتنقيب المتواصل وقد كشف من اسبابها عدد عديد لم يكن معروفاً فيما مضى غير ان داء المتحولات المزمن (amibiase chronique) لم يذكره احد حتى يومنا وقد رأينا في ايراد هذه المشاهدة بعض الفائدة لقراء هذه المجلة

....

دخل محمد .. المستشفى العسكري في دمشق مرة اولى في ٢٩ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ وتشخيص مرضه (حالة حمية) ولم تكن حرارته مرتفعة الا بضعة اعشار الدرجة غير ان الاعراض الاخرى كانت شديدة ومباينة لارتفاع الحرارة الخفيف فقد كان تصلب نقرته شديداً وعلامة كرنيغ ايجابية والخوف من الضياء بالغاً اقصى درجة شدته حتى ان

المريض كان يطلب بالحاح ان ينقل من القاعة التي هو فيها لان نوافذها كبيرة ولانه لا ستجف على تلك النوافذ تمنع النور عن الدخول فاجيب طلبه ونقل من القاعة وبزل قطنه نظراً الى الاعراض السحائية التي كان مصاباً بها على الرغم من هبوط الحرارة . فخرج السائل الدماغي الشوكي متدفقاً تدفقاً وكان رائقاً فيه ٣٠ ، ٠ سنتغرام آحين و٣٠ ، ٠ سنتغرام سكر وكان تفاعل الجاوي الغروي طبيعياً وتفاعل واسرمان سلبياً وكان عدد البلغميات التي عدت بحجرة ناجوت ٠٬٩ في المليمتر المكعب .

ولم تكن في دمه حييوينات دموية ولا سواها من العوامل المرضية وكانت حالته العامة حسنة واجهزته السائرة سليمة وطحاله كذلك ولم تبد في غائطه بالفحص المقصود بيوض ديدان .

وقد كان للبزل القطني فائدة عجيبة لان الحالة السحائية زالت فترك المريض المستشفى في اليوم السابع عشر وحالته الظاهرة حسنة دون ان يتناول علاجاً .

غير انه لم يلبث ان عاد الينا في ٢١ شباط اي بعد خروجه بسبعة ايام وقد شخص مرضه هذه المرة (حالة سحائية) .

فبدا لنا حين فحصه ان تصلب النقرة كان اشد من المرة السابقة حتى انه كان يمنع المريض عن اجراء اقل حركة عطف او دوران وكانت علامة كرنيغ ايجابية والخوف من الضياء شديداً بدون اضطراب الحدقتين والافعال المنعكسة طبيعية والحس والحرارة كذلك الا انها حين دخوله للمستشفى كانت ٣٨ .

فبزل قطنه ثانية فلم يتدفق السائل الدماغي الشوكي تدفقاً كما في الحالة الاولى بل انصب قطرة قطرة وكان صافياً وكان تفاعل الجاوي الغروي طبيعياً وواسرمان سلبياً وتركيب السائل من الوجهتين الخلوية والكيماوية طبيعياً ولم تبد بيوض ديدان في الغائط فعنّ لنا ان نتحرى داء المتحولات فيه فعرفنا من المريض انه كان قد اصيب باسهالات فعاينا غائطه بطريقة كارلس فبدا فيه عدد عديد من اكياس المتحولات

ولم يكن للبزل القطني هذه المرة الفعل العجيب الذي احدثه في المرة السابقة لان تصلب النقرة خف دون ان يزول .

وحركات الرأس من عطف ودوران عادت ممكنة غير انها ظلت مستصعبة حتى كأن العنق فقد مرونته والرأس قد سمر بين الكتفين .

عولج المريض بعد كشف اكياس المتحولات المعالجة المضادة لهذا الداء فحقن وريده بالارسنو بنزول (٠،٣٠ سنتغراماً كل اربعة ايام حتى بلغ المقدار ٣ غرامات) فبدأت التقلصات العضلية تخف رويداً رويداً وحركات الرأس تتحرر وتمكن المريض من الوقوف بعد اسبوع ومن التغذي والتنزه وبقي المريض تحت المراقبة شهرين فزالت اكياس المتحولات من غائطه منذ آخر اذار ولم تعد الاعراض السحائية الى الظهور حتى ٣٠ نيسان اي حتى تاريخ تركه للمستشفى .

. . . .

لقد كان صعب علينا جداً ان نفكر في داء المتحولات ونحن ازاء حالة سحائية كهذه بدون حمى لو لم تكن مشاهدات اخرى سابقة كانت قد نبهت افكارنا الى مثل هذا الامر .

فاننا قد رفعنا منذ عهد ليس ببعيد الى جمعية علم الصحة وامراض البلاد الحارة مشاهدة عن الانواع الشاذة في داء المتحولات وقد نشرت هذه المشاهدة في مجلة علم الصحة والامراض الغريبة الجزء الخامس ايلول وتشرين الاول سنة ١٩٢٥ وبينا بها ان داء المتحولات يؤثر في الخلايا العصبية البعيدة دون ان تكون المتحولات مستقرة فيها

وليس فعله في السحايا مما يشك فيه ايضاً لان قراءة بعض المشاهدات التي جمعناها مع زميلنا الحكيم لويس عن النوع التيفي الكاذب من داء المتحولات ورفعناها الى المؤتمر الذي عقد في غند تبين ان بعض المرضى الذين ذكرناهم في ذلك التقرير قد ظهرت فيهم عوارض سحائية شبيهة بالاعراض التي اصابت مريضنا هذا كتصلب النقرة والخوف من الضياء والصداع المؤلم والقيء

فليست هذه المشاهدة اذن وحيدة في بابها بل هي نوع جديد دماغي

سحائي من داء المتحولات سببه الذيفانات السائرة بطريق الدوران والموءثرة في الخلايا الدماغيةمع ان العامل المرضي اي المتحولات بعيد عنها وسنكرس لهـذا البحث درساً مقبلاً ·

فالغاية من هذه المشاهدة التي رفعت الى جمعية الامراض العصبية وهي وحيدة في بابها دعوة المنقبين الباحثين الى سلوك طريق لم يسلكه احـد حتى الان نعني به فعل المتحولات البعيد في المحور العصبي الشوكي وحمل الاحيائيين على الاعتقاد بذيفانات المتحولات

فهذه المشاهـدة تقترب من التهاب السحايا الدودية الذي نسب الى ذيفانات الديدان وتأثيرها عن بعد في السحايا · لان هـذا التعليل اقرب الى المنطق من الفعل الانعكاسي الذي لا يزال يعتقد به الموءلفون القدماء

وقد رويت مشاهـدات من هذا النوع في سياق البرداء واقرّ الموءلفون بصحتها ·

فنحن اذاً ازاء امر جديد وبحث لا بدّ من اضافته الى مبحث الامراض العامة وهو ان للمتحولات ذيفانات وان هذه الذيفانات توءثر في خلايا الدماغ والسحايا عن بعد كما توءثر ذيفانات الجراثيم الاخرى ·



الضنك (ابو الركب) والبعوض

جرت في هذه الاونة الاخيرة مناقشة على صفحات الجريدة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت بين رئيس انشاء هذه المجلة الحكيم مرشد خاطر وامين سر جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت الحكيم الشيخ امين الجميل عن الضنك وطريقة انتقاله وقد اشترك بالبحث داعماً نظرية انتقاله بالبعوض الحكيم بار استاذ فن الجراثيم في الجامعة الاميركية البيروتية كما ان الحكيم ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد دمشق قد دعم النظرية المضادة وقد سألنا كثير من الزملاء المشتركين ان ننشر الاخذ والرد على صفحات مجلتنا لما في هذا البحث من الفائدة ولان الكثيرين من مشتركينا لم يطالعوه في مجلة بيروت فاجبنا طلبهم ناشرين ما صدر منه حتى الان ومصممين على نشر ما سيجد اذا بقيت المناقشة مفتوحة «المجلة»

المقالة الاولى

للحكيم مرشد خاطر

حضرة الزميل المحترم

وقع نظري وانا اطالع مجلتك الزاهرة على خلاصة الجلسة التي عقدتها في بيروت جمعية الاطباء والصيادله الموقرة في ٧ كانون الاول سنة ١٩٢٧ ونشرتها في الصفحات ٣٢٥—٣٣١ من مجلتك الغراء فاستوقفتني منها في الصفحة ٣٢٦ جملة حاولت المرور بها ناسباً ما جاء فيها الى زلة قلم او هفوة لسان وهذا نصها: «اما في انتشار حمى الضنك (ابي الركب) في طول البلاد وعرضها فحدث ولا حرج فاصاباته بسبب انتشار البعوض ايضاً تعدُّ بعشرات ومئات الالوف» آه

غير اني رأَيت ان هذا الفكر يتكرر وان ما كنت أَخاله خطأ لسان او زلة قلم ليس سوى اعتقاد ثابت يعتقده بعض اعضاء الجمعية الموقرة فقد ورد في الصفحات الآتية ما نصه :

« ان الوافدات الضنكية واولها التي تكلم عنها سوكه سنة ١٨٦٢ وفيها ظهر اسم (ابو الركب) لاول مرة كانت تذيع في الخريف فلا تكاد تصل الى الجبل حتى يكون البرد قد امات البرغش ناقل البعوض [1] والملقح به » اه (ص ٣٢٧)

ثم جاء في الصفحة ٣٢٨ : « ولم يكن وقتئذٍ عرف عمل البعوض لا فيه (اي الضنك) ولا في البرداء عينها » آه

وجاء في الصفحة ٣٢٩ : « عسى ان يكون هذا الوباء الاخير لان البلدية آخذة على ما يراه الجميع باصلاح الشوارع ... ولمناهضة البعوض ... الخ» آه

....

يستنتج مما نقلت ان حمى الضنك تنتقل حسب رأي الزملاء الكرام بالبعوض كما تنتقل البرداء وحمى الايام الثلاثة وبعض الحميات الاخرى التي دعيت خطأ نظيرات الضنك كحمى البحر الاحمر والبحر الهندي ، وحمى مصوَّع (Massaouah) ، وضنك الكوشنشين ، وحمى موانىء الهند ، وحمى جزر الانتيل وشاطئ الاتلنتيك التي اثبتت التحريات ان بعضها لم يكن الا نوعاً من البرداء (حمى البحر الاحمر والبحر الهندي وحمى مصوَّع) وان البعض الاخر يمتاز عن ضنك البحر المتوسط باعراضه وطرق عدواه

(١) كذا في الاصل ولعله اراد ناقل المرض

وقد رأت الجمعية ان خير واسطة لوقاية البلاد من الداء الذي استفحل امره في السنة الماضية ولاستئصال شأفته من الاقاليم اللبنانية هي محاربة البعوض كما يتبين ايضاً من الكتاب الذي رفعته الى وزارة الصحة . لسنا ننكر ان هذا الوهم وقع به بعض المؤلفين وان هذين المرضين (حمى الايام الثلاثة والضنك) قد عدّا مرضاً واحداً فقد جاء في مختصر علم الصحة لكورمون ولازيور وروث المطبوع سنة ١٩١٤ ما نصه : « الضنك او حمى البعوض الواخز للوريد مرض يتصف بحمى ونفاط يشابه الحصبة وآلام مفصلية وهو خفيف الوطأة ولا يطول اكثر من ثلاثة ايام وسببه جرثوم غير مرئي تلقح به السليم حشرة صغيرة ذات جناحين)

فمنه يستدل الخطأ الفاضح الذي اقترفه هولاء المؤلفون

وجاء في كتاب علم الصحة للصديق الزميل الشيخ امين الجميل في الصفحة ٧٠٧ « ان البرغش ينقل ابا الركب »

ولسنا ننكر ايضاً ان انتقال الضنك بالكولكس (culex fatigans) قد قال به ه . غراهام وان انتقاله بالبعوض الارقش (stégomyia fasciata) قد قال به بنكروفت غير ان هذين القولين لم يرد ما يثبتهما ولم يسلم بهما المؤلفون والمختبرون الاخرون هذا عدا ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تنطبق ابداً على جغرافية البلاد التي تنتشر بها هذه الحشرات ولان الضنك يغزو بلاداً لا اثر فيها لهذه الهوام

وقد ورد ايضاً في مؤلفات ومقالات اخرى ما يؤيد هذا الوهم نضرب صفحاً عن ذكره خشية التطويل ولعل الخطأ الذي وقع به بعض الزملاء الكرام

في تلك الجلسة قد تسرب فيهم من قراءة هذه المؤلفات او من انتشار الوباءين في آن واحد

قلنا ان مؤلفين آخرين قد اصلحوا هذا الخطأ وبينوا الفرق الكبير بين هذين المرضين واثبتوا ان حمى الايام الثلاثة تنتقل بالبعوض الواخز للوريد (phlébotome) وان الضنك لا ينتقل بها

وان المقالات التي دبجتها يراعة الاستاذ العلامة دهبرون [١] والمقالتين الممتعتين اللتين خطهما قلم الاستاذ زابو [٢] وما جاء في رسالة الطب الجديدة [٣] مدبجا بقلم الاستاذ دهبرون ايضا عن حمى الضنك وحمى الايام الثلاثة وغير هذه مما يطول بنا ذكره وايراده يوضح لنا ايضاحاً لا يقبل الشك ان حمى الضنك مرض يختلف كل الاختلاف عن حمى الايام الثلاثة وانه لا ينتقل بالبعوض كما تنتقل به بل بملامسة المريض للسليم · وانني ارى بعض الفائدة في ايجاز ما ورد في هذه الابحاث المتنوعة دفعاً لهذا الوهم مجتنباً في ما اقول التطويل ومتحاشياً وصف هذين المرضين اللذين انتشرا انتشاراً راعباً في الصيف المنصرم حتى انه لم يبقَ

---

(١) أ — مجلة الطب (Revue de Medecine) آب سنة ١٨٨٩
ب — كتاب امراض البلاد الحارة مجلد ١ ص ١٣٨
ج — محفى الطب ٦ آب سنة ١٨٩٣

(٢) أ — مجلة المعهد الطبي العربي : حمى الايام الثلاثة وحمى الضنك في سورية (مجلد ١ ص ٥١٣)
ب— مجلة المعهد الطبي العربي : لمحة انتقادية عن الضنك (مجلد ٤ ص ٤٥٨)

(٣) رسالة الطب الجديدة (Nonveau Traité de Médecine-,Roger , Widal, Tessier) مجلد ٢ الصفحات ٧٤١ — ٧٥٨

بيت الا اصيب بعض افراده بهما او باحدهما ولا سيما بالضنك لان وصفهما يعد فضولياً وانما سآتي فقط على ذكر الفروق الموجودة بينهما لأثبت رأيي في طريقة عدواهما ولأبين ان الضنك مرض شديدة الوطأة يصدم القلب ولاسيما الكظر لا كما يظن احد اعضاء الجمعية الموقرة ان صدمته له (عرضية موقتة لا طائل تحتها) وان الحمى قد تستمر فيه وان نادراً خمسة عشر يوماً لا سبعة ايام فقط

جاء في رسالة الطب الجديد عن عدوى الضنك ما ترجمته « ينتقل الضنك بطريق البحر الى مسافات شاسعة فان الباخرة (الحافر) التي اقلعت من نومايا ادخلت هذا الداء الى تاهيتي . و ينتقل براً بالقطر الحديدية انتقالاً سريعاً وقد كان ينتقل الى سورية حيث كانت طرق المواصلات فيما مضى قليلة لدى قدوم شخص مصاب به وكان يعرف ذلك الشخص الناقل للعدوى في القرى القليلة السكان الذين يعرف بعضهم بعضاً)

وقد جاء ايضاً في بحث العراقيين : (تقوم تشوشات القلب بوهنه وصغر النبض وخفوت دقتي القلب وجميع هذه العلامات تنسب الى تشوش الإعصاب (innervation) او الى تأذي عضلة القلب . وقد اورد فاسال و بروشه وفيات ناجمة من التهاب عضلة القلب ومتصفة بصغر النبض واسراعه واتساع الخرس (matité) القلبي

ولدينا مشاهدات من هذا النوع في وافدة الصيف الماضي كان لاختلاط القلب فيها المقام المتغلب وقد قضى بعض المرضى لاصابتهم بالقلاب

واورد فاسال و بروشه ايضاً تشوشات بصلية أثرت في القلب بالعصب الرئوي المعدي وذكر الاستاذ ده برون انه شاهد في حادثتين سنة ١٩٠٩ نفخة انقباضية

اكليلية وان هذه النفخة بقيت ثابتة بعد زمن النقه وقد ذكر اخرون التهاب التأمور

ونسب الفرد خوري [1] في تقريره الذي رفعه الى جمعية المستشفيات الطبية الوهن الشديد الذي يعتري المرضى ، والالام القطنية والشرسوفية ، والاقياء الكثيرة الحدوث في بعض الوافدات ، وتحقق الخط الابيض وبعض أعراض نقص التوتر الى قصور الكظر (insuffisance surrénale) وقد تحققنا هذا الامر في الوافدة الماضية وكان للادرنالين في معالجة هذه العوارض الشديدة التي كانت تصيب مرضانا فائدة عجيبة لانه كان يبدل المشهد السريري تبديلاً غريباً

اما تباين النبض والحرارة فلم يذكره احد في الضنك ولم نشاهده غير ان الاستاذ ده برون ذكره في حمى الايام الثلاثة اذ قال : (تمتاز حمى الايام الثلاثة عن الضنك الذي تشابهه بعض المشابهة حتى انها التبست به مدة طويلة من الزمن بنبض بطيء يباين ببطوءه الحرارة العالية) ولعل الحوادث التي كان النبض بها بطيئاً والحرارة عالية كانت من هذا النوع

وقد ذكر الاستاذ ترابو غن مدة المرض ما نصه : (مدة الحمى في الضنك ثلاثة ايام او ستة او خمسة عشر يوماً وتسقط تدريجياً) وقد شاهدنا حادثتين في الوافدة الماضية استمرت الحمى في احداها ١٣ يوماً وفي الثانية ١٤ يوما

فهل بعد ما اوردنا من شك في ان الضنك يصدم القلب صدمة عنيفة في شغافه وعضلته وتأموره ويسمم الكظر والبصلة ؟

. واننا نورد الان جدولا نقلناه عن احدى مقالتي الاستاذ ترابو تظهر به الصفات المميزة لحمى الايام الثلاثة عن الضنك

(١) الفرد خوري – قصور الكظر في الضنك . جمعية المستشفيات الطبية ٧ ت ٢ سنة ٩١٣

الضنك

١ — ضنك البحر المتوسط يظهر في سورية وازمير ومكدونية واسبانية

ضنك البلاد الحارة يظهر في الصين واسترالية وجزر الفلبين والهند والسودان وغيرها

٢ — يصيب جميع الاعمار والاجناس

٣ — مرض وبائي وسارٍ من الانسان الى الانسان

٤ — وباء يظهر في الصيف اكثر من سواه

٥ — انتقاله الى الحيوان محتمل

٦ — يبدو فيه نفاط مبدئي ارجواني ونفاط ثانٍ شبيه بنفاط الحصبة ترافقه حكة و يتقشر

٧ — تستمر الحمى ثلاثة ايام او ستة او خمسة عشر يوماً وتسقط تدريجياً

٨ — انواعه السريرية مختلفة فهو داء يتغير شكله في كل وباء فمنه النوع التام والنوع المعدي والنوع الرئوي والنوع الصداعي والنوع النفاطي الحمي او اللاحمي والنوع النزفي

حمى الايام الثلاثة

١ — تظهر في دلماسيه والهرسك ومالطة واليونان ومسينه وكورسكة والبورتغال ومكدونية والهند واميركة الجنوبية وسورية وغيرها

٢ — تصيب جميع الاعمار والنساء والرجال على السواء وكل الاجناس الا انها قليلة في القاطنين سورية لان لهم بعض المناعة عليها

٣ — مرض فصلي غير سارٍ من الانسان الى الانسان ينتقل بالبعوضة الواخزة للوريد

٤ — تظهر كل السنة في الاقاليم الحارة ومدة الصيف فقط في الاقاليم المعتدلة

٥ — لا تنتقل الى الحيوان

٦ — لا نفاط فيها

٧ — مدتها ثلاثة ايام فقط مع معاودة الحمى غالباً بعد ١٢ او ١٥ او ١٨ يوماً [1]

٨ — مشهدها السريري واحد

(١) لا يقول الاستاذ ده برون بعودتها

حمى الايام الثلاثة	الضنك
٩ — لا عراقيل لها ولكنها مرض معدٍ لتعفنات اخرى	٩ – عراقيله قليلة في البلدان المعتدلة وكثيرة في الاقاليم الحارة منها التهاب عضلة القلب والشلل والتهابات الخصية وضخامة العقد البلغمية والتهابات الملتحمة والقرنية والقزحية والمشيمية والعمى

فمن هذه المقابلة يتضح الفرق بين المرضين وعدوى الاولى بالبعوض والثاني بسواه ٠

....

رأيت يا حضرة الزميل في ذكر ما ذكرت بعض الفائدة لقراء مجلتك الكرام دفعا لوهم لا يزال سائداً فعسى ان تتحقق الغاية التي ارمي اليها وفقك الله وايانا الى خدمة العلم والسلام

المجلة الطبية العلمية : نشكر الزميل الاستاذ الحكيم مرشد خاطر على مقاله هذا الممتع المملوء بالفوائد العلمية والعملية واهتمامه بكل ما ينشر على صفحات هذه المجلة ولما كان هذا الموضوع مهماً جداً وكان المرض (اي حمى الضنك) من الامراض المنتشرة جداً والفتاكة في بلادنا وقد عالجته هذه المجلة ونشرت عنه مقالات متعددة في السنين الماضية ولما كان احتكاك الافكار يولد الحقيقة رأينا ان ننشر فيما يلي رأياً في هذا الموضوع صدر بالكلية للاستاذ الدكتور ليلاند بار استاذ البكتيريولوجيا وعلم حفظ الصحة في الجامعة الاميركية ليرى الزميل خاطر والزملاء الكرام رأيهم فيه ثم ننتظر جواب امين اسرار جمعية الاطباء والصيادلة و بالوقت نفسه فالمجلة وصفحاتها موقوفة لخدمة العلم والحقيقة

راي الاستاذ بار

في اواخر صيف سنة ١٩٢٧ واوائل خريفها تفشى في بيروت الوافد المعروف بابي الركب تفشيا هائلا واصاب الوفا من ابناء المدينة وبناتها على اختلاف اسنانهم ومراكزهم في المجتمع دون محاباة . واول من بحث في هذه البلاد في امر هذا الداء الثقيل الدم وحاول ان يعلله بالاسلوب العلمي البحت هو المرحوم الدكتور غراهم الشهير وقد ساعده في ذلك الدكتور نجيب عرداتي ولكن اهم ما نعلمه الان عن هذا الوافد مستقى من مباحث وتجارب ثلاثة من جهابذة رجال الطب الذين انضوا ركائب البحث والتقصي تذرعا للوصول الى مكامن سمومه انقاذاً للبشرية من اصاباته وان كانت سليمة المغبة في معظم الاحوال

وقد استخدم اولئك الجهابذة اثنين واربعين شخصا من الجيش تطوعوا لمعاضدتهم في ابحاثهم وتجاربهم فاصيب خمسة وعشرون منهم بالوافد في اثناء اجراء التجارب . وقد انجلى لهم بالبرهان ان البعوض الناقل لحمى الضنك هو الناقل للحمى الصفراء ويسمى تارة بالايديس (Aedes) وطوراً بالستيغوميا (stegomyia)وهو غير (الانوفلس) الناقل للملاريا وغير الكولكس (culex) الذي يشاهد طائراً في النهار غير هياب

ويقول جماعة من رجال البحث عن علل الامراض واسبابها ان هنالك حشرات اخرى يظن ان لها يداً في تفشي الداء . قال احدهم في تقرير كتبه عن انتشار ابي الركب في بيروت قبل بضع سنين (ان الناموس الصغير المعروف بالسكيت (sand-flies) يمكن ان يكون سببا لنشر الداء في المدينة الا ان هذا

الراي غير معوّل عليه الان بل لا يأخذ به احد ممن يوثق بقولهم و يعتمد على رايهم)

وما جاءنا عن اولئك العلماء الباحثين في جزائر الفيلبين ان معدل مدة الحضانة في حمى الضنك يتراوح بين اربعة ايام ونصف يوم ، وسبعة ايام ، ويحسب المصاب بها معديا مدة الايام الثلاثة الاولى من اصابته بها وربما مدة بضع ساعات قبل ان يحس بالاصابة واذا عضت بعوضة شخصا مريضا في غضون مدة العدوى فلا تقدر ان تنقل جراثيم العلة الى شخص اخر قبل مرور احد عشر يوما على العضة ومتى دخلت جسمها جراثيم العدوى مرة اصبح في طاقتها ان تنقل العدوى الى من تعضهم ما دامت حية · وفي السجلات الطبية ذكر حادثة أُصيب فيها انسان بحمى الضنك اثر لسعة بعوضة كان قد مر خمسة وسبعون يوما على دخول جراثيم العدوى الى جسمها · وقد يعيش بعض البعوض مدة اطول من ٧٥ يوما ولكن على وجه الاجمال يظن انه لا يعيش حتى هذه المدة

وما علمناه من ابحاث الثقات في جزر الفيلبين ان الحصانة او المناعة في حمى الضنك قصيرة الامد ولذلك كان المرء عرضة للاصابة بها المرة بعد المرة ولكن الاصابات لا يتلو بعضها بعضا على الاثر ولا اذا أُصيب المريض ثاني مرة تكون اعراض الداء شديدة عليه كما في المرة الاولى · روي ان انسانا مني بالداء ثاني مرة بعد ان مني به اول مرة بثلاثة وخمسين يوما · وقيل انه امكن نقل حمى الضنك من مصابين بها في اول درجات المرض الى سالمين منها بمجرد الحقن بدم كامل (whole) ومرشح · وقد تمكن اثنان من الباحثين عن هذه العلة من الاميركان ان ينقلا جراثيم عدواها الى الفئران البيض بحقنها بها المرة بعد المرة

وخيّل لهما انهما قد اكتشفا الجراثيم الحية التي هي سبب الداء وادّعيا انها اجسام تكاد تكون كروية الشكل · ويقول فيها بعض الثقات انها من نفس الجنس الذي يشاهد في حال التهاب النخاع الشوكي

اما المرحوم غراهم فظن اولاً ان سبب الداء هو حيوان مجهري يظهر تحت المكرسكوب العادي في كريات الدم ويظن غيره ان السبب هو مكروب لولبي الشكل

ومع كل ما كشفه الاطباء في الفيلبين من الامور المهمة عن حقيقة هذا الداء لم يستطيعوا ان يصلوا الى معرفة المكروب الذي يحدثه معرفة يصح السكوت عليها وجلّ ما علموه انه صغير جداً ويبقى كذلك كل مدة حياته او مدة جزء منها حتى انه يقدر ان يجتاز مسامّ ادق المرشحات التي تعجز عن اجتيازها المكروبات الاخرى وهو موجود في دم المريض القريب من سطح الجسم مدة الايام الثلاثة الاولى من عهد الاصابة بالمرض وله دور معلوم معين يقضيه في جسم البعوض

ويمكن استئصال جرثومة هذه الحمى والتخلص من شرها باتلاف البعوض وباتلافه يمكن ملاشاة الملاريا والحمى الصفراء وربما اضمحلّ غيرهما من الامراض معها باتخاذ تدابير فعالة تكون عاقبتها اتلاف البعوض والنجاة من حمى الضنك السليمة العاقبة ومن الملاريا الشديدة الفتك بمن تصيبهم

ويعتقد كثيرون ممن كتبوا في هذا الموضوع ان مكوث الملاريا في اية بلاد كانت امداً طويلاً له عاقبة سيئة جداً على النسل فانه على تعاقب الاجيال يمسي منحطاً عقلاً وجسماً ولذلك كانت محاربة البعوض بصورة جدية امراً لا مناص منه ضناً بسلامة اجساد النشء وعقولهم

رد الحكيم الشيخ امين الجميل

سكرتير جمعية الاطباء والصيادلة

(بيروت تجاوب دمشق)

للحكيم مرشد خاطر منزلة في العلم كبيرة وفي الفؤاد عزيزة . ولذلك كان البحث معه حتى الجدال بل الانتقاد من الفائدة واللذة في الغاية وبقدر ما نعدُّ ذلك عقيماً مضراً مع من ليس على ما هو الاستاذ من سعة العلم وكرم الاخلاق

قد ادرجت المجلة الطبية العلمية لصاحبها الحكيم فؤاد غصن محضراً لجمعية الاطباء والصيادلة دار فيه البحث على وافدة حمى الضنك التي ذاعت في البلاد كافة في الصيف الماضي فالخريف فاصابت مئات الالوف . وبعض الأُسر العديدة كنت ترى خمسة او عشرة أُسرةً في البيت عينه . ولا ريب ان ذلك ما حدا جمعية الاطباء والصيادلة الى تخصيص جلستها الاولى من هذا العام لهذا الوباء .

رأى حضرة الاستاذ مرشد خاطر ان ما ذهب اليه حكماء بيروت من ان ابا الركب بعوضيّ الاصل وانه ثقيل الوطأة لكنه سليم العاقبة وقصير المدة ، ولا يفتك بالقلب ، خطأ وغلط او غير مطابق للواقع

ليس من قراء هذه المجلة من يجهل اختلاف اطوار الاوبئة وانواعها طبقاً للمكان والزمان والظروف الأُخر ما عبر عنه الاقدمون بالـ(génie épidémique) كما ان الجميع يعرفون ان حمى الضنك لم تزل مجهولة الجرثوم وان هذا المرض لم يشاهد الى الساعة الا في البلاد التي لم تتوفر فيها المختبرات ولا رجال الاختصاص وهم ، ان وجدوا فيها ، فقليلو العدة والعدد . وبعد ان تدبرنا ما تقدم نجيب :

قال الاخ مرشد ان الضنك ينتقل « بملامسة المريض للسليم » لا بالبعوض اذن هو ينتقل كالحصبة والشهقة او الجدري الخ واذا كان ذلك فعلامَ لا يذيع كالجدري مثلاً بكل فصل وبكل مكان ، مع انه من المشهور ان الضنك لم يعرف الا في الامكنة الحارة ، والفصول الحارة . وهو بذلك يشبه تماماً ، لا ما تقدّم من الاوبئة ، بل البرداء آفة هذه البلاد

في الصيف الماضي وخريفه ايضاً ملأَت البرداء السواحل وارتقت الى الصرود وشاعت في انحاء سوريا ولبنان ومصر والعراق واكلت مصائب الارمن المهاجرين ومنكوبي حاصبيا وراشيا ، وجاء الضنك اكثر ذيوعاً وظل ينتشر كجارته البرداء من حزيران الى كانون الثاني . وبين يوم وغداته وقف كلا المرضين بغتةً ودفعةً واحدة ، اي منذ اليوم الذي بلغ البرد فيه درجةً لا قبلَ للبرغش معها بالحياة ، او منذ اليوم الذي فيه فاضت المياه وقذفت دامص البعوض الى البحر او المجاري الراكضة او الى حيث الجفاف وهي لا تعيش الا في الماء الآسن المستنقع

ثم ان الاستاذ الدمشقي ذكر لتأييد نظريته « ان الضنك قد يغزو بلاداً لا اثر فيها لهذه الهوام » . فليتفضل الاخ باعطائنا اسم ذلك البلد السعيد الذي لم نتوفق الى معرفته . ثم عطف حضرة المناظر بان معلمنا الكبير دي برُن لم يقل بعمل البعوض ، ولو لم يصرّح بغير رأي . ولكن المرحوم كريهام جهرَ بانه بعوضيّ وكذلك غيره من الائمة

اما ان الحكيم دي برُن لم يذكر قط شأن البعوض في اذاعة هذا الداء في كتابه امراض البلاد الحارة (كذا) وفيما نشره من نحو ثلاثين سنة ونيف فما

هو بحجة علينا اصلاً لان وظيفة البعوض حينذاك كانت مجهولة تماماً الى ان قام حديثاً مانسون وروناللد روس الانكليزيان يناديان بما نسي من ايام الحارث بن كلدة وغيره من العرب اي ان البعوض ينقل البرداء وغير امراض، دون سواه فادركنا ان هذه الحشرة شر من الحيات والاسود

وفي الطبعة الاولى من قانون الصحة عام ٨٩٥ ، مع معرفتنا جميع اطوار البرداء وانها أليفة الآجام ومناقع المياه ورفيقة الحر وقرينته ، لم نتمكن من ادراك اسلوب انتقالها . بل الامام نفسه فيما هو من البرداء العلامة لافران ومكتشف جرثومها كاد يعول اذ ذاك على نقل العلة بطريق ماء الينابيع (كالتيفية والكوليرا والزحار) . وقد كتبنا حينئذ ما نصه (في صفحة ٦١) «اما جرثوم الملاريا فينتقل على ما يظن اكثر العلماء مع الغبار المقذوف عن سطح الارض فيرتفع في الفضاء ثم يأتي المساء او الصباح ، آن سقوط الندى والضباب ، فيعود الغبار الحامل للميكروبات ساقطاً مع نقيطات البخار» ان العلم قد جلا كثيراً من الغوامض بنوره الساطع لكنه لم يزل في هذا الموضوع ظلمات عميقة تنجلي آجلاً او عاجلا بهمة رجال العلم . وهنا يصح القول انا عرفنا شيئا وغابت عنا اشياء »

ومن اكبر التوفيقات ان نبوءتنا السابقة قد تمت قريبا . وما هذه المعرفة بشأن الناموس الا تحفة من أهم ما نفحنا به العلم . لان في جميع البلاد حيث الحكومة جديرة بهمتها السامية لم يبق قط بعوض فبرداء ولا امراض بعوضية هكذا في بورت سعيد ومدن السويس والسودان واميركا الجنوبية كلها

اما ان الضنك يولد «القلاب» (اي الاختلاطات القلبيـة) فذلك ، ان وجد ، فهو من نوع بسيط حميد لم نعرفه قبلا في الاشتراكات القلبيـة ، آفة

المصابين بالامراض العفنية · تلك الاختلاطات التي ترعب الطبيب وتنذر بالخطر الاكيد الداهم · وهي الجديرة بحكمة الرازي العظيم : نبض رديء في كل مرض رديء · واذا كانت شهادة العلاّمة دهبرون مزكاة لدى وطنينا المناظر وفوق كل شهادة نأتيه بما جاء في احدث ما خطت يد معلمنا المشار اليه (Nouveau Traité de Médecine) في انذار الضنك قال حفظه الله « ان عاقبة هذا المرض حميدة في الغاية · واني قد عاينت عدة وافدات منه وقد اصاب بعضها ثلثي مدينة عدد سكانها كبيروت ١٥٠٠٠٠ ولم تبلغني وفاة احد به » · فاين هذا البيان من الحالات القلبية الشديدة الهائلة في سائر الامراض العفنية ؟ ؟ ومما ذهب اليه الاستاذ ترابو الدمشقي ايضا واستشهد بـه زميله خاطر من « ان اختلاطات ابي الركب كثيرة في الاقاليم الحارة منها التهاب العضلة القلبية والشلل والتهابات الخصية وضخامة العقد البلغمية والتهابات الملتحمة والقرنية والقزحية والمشيمة والعمى (كذا)

فجاز لنا ان نتساءل كيف ان الشام المشهورة بلطف اهلها لم تؤثر بتة في طباع جرثوم الضنك ولم تلطف ثقله قط وشره

وعندنا ان ما اتفق للاخوان معاينته من مظاهر عنيفة خطرة خارقة لهذا الداء البسيط كان من باب الاتفاق او الشواذ بل المصادفة لبعض العلل الحادة كالنزلة الصدرية التي تمتزج وافداتها بالضنك مراراً تلك التي قتلت وتقتل باشتراكاتها الالوف والملايين او العلل القديمة في الزمن وهي غير نادرة ولا سيما اذا قسناها على الالوف المصابين بحمى الضنك · ولعل طول مدته الى اسبوعين يفسره بعض اختلاطات من نحو الحمى المعدية او نزلة ايضا لا يخلو من الاصابة بها بعض

افراد من الالوف الموبوئين بالضنك · ولما كانت من الشاذ والاستاذ ترابو نفسه لم يذكر منها الا حادثتين جاز للمجمع الطبي البيروتي ان لا يقلق لها كثيراً

ونختم بالثناء على الاخ المناظر مرشد خاطر لاهتمامه بهذه المباحث الخطيرة المهمة لعالم الامة والعلم ونرجو من همة سائر الاخوان في جميع الانحاء من مصر الى العراق ان يتفضلوا بنشر ملاحظاتهم ومشاهداتهم الخاصة لعلنا نصل بمعاونتهم الى كشف الحقيقة التي يكون منها للجميع الوقاية والسلامة

رد الحكيمين ترابو ومرشد خاطر على الحكيم بار

نشر الدكتور بار استاذ الجراثيم وعلم الصحة في الجامعة الاميركية مقالا عن الضنك فرأينا اظهاراً للحقيقة واتماماً لما كتبه احدنا ان نأتي بهذه الكلمة دفعاً لوهم لا يزال سائداً فنقول

اذا لم يكن الدكتور غراهم اول من درس هذا الوباء في سورية فهو ممن استلفتت انظارهم هذه الوافدة وجدّوا في معرفة طرق عدواها غير انه كان يظن ان الضنك الذي كان يظهر على شواطئ بحر الروم الشرقية مرض فصلي تنقله الكولكس · مع ان هذا الضنك الذي نراه في سورية مرض وبائي نفاطي شبيه بالحصبة والقرمزية وهو كالحصبة والقرمزية لا يظهر في صيف كل سنة · فلو كانت الكولكس تنقله كما كان يعتقد الدكتور غراهم وكما يعتقد اليوم بعض اطباء بيروت لكان ظهوره في صيف كل سنة امراً متحتماً كما تظهر حمى الايام الثلاثة والبرداء اللتان ينقلهما البعوض · مع ان الضنك في سورية ، وما من يجهل هذا ، يظهر كما تظهر الاوبئة في اوقات غير معينة فقد

يفصل الوباء الاول عن الثاني بضع سنوات فان دمشق التي زارها الضنك في الصيف المنصرم قد حرمت زيارته سنوات عديدة وهو لم ينتشر فيها على السواء في جميع الاحياء فقد كانت اشد وطأته في حي المسيحيين حيث انتشر انتشاراً هائلاً حتى انه لم يدع بيتاً الا دخله ولا اسرة الا اصاب اكثر افرادها اما الاحياء الاخرى من المدينة فمنها من نجا من زيارته ومنها من كانت وطأته فيها خفيفة للغاية فهل نستنتج من هذا ، اذا صحت نظرية القائلين بانتقاله بالكولكس ، ان هذه البعوضة هي في حي باب توما اكثر منها في الاحياء الاخرى وانه لا اثر لها في الاحياء التي لم تصب بهذه الوافدة وانها لا تغشى المدينة في السنوات التي لا تظهر فيها هذه الوافدة؟ لا لعمري فان البعوض منتشر في المدينة على السواء لا بل هو في الاحياء التي لم تصب اكثر منه في الاحياء التي أُصيبت لان المستنقعات تكثر قرب الاحياء التي نجت من هول تلك الوافدة . وهذه البعوضة كانت في السنة الماضيــة كما كانت في السنوات الاخرى التي لم نرَ فيها للضنك اثراً

وبعد هذه اللمحة الموجزة عن وفود الضنك سنة وغيابــه سنوات وعن انتشاره في دمشق انتشاراً خاصاً شبيهاً بانتشار الحصبة غير مشابه اقل مشابهـة لمرض ينتقل بالبعوض نمرّ الى نقطة ثانية

ان الضنك السوري مرض يستوطن الشرق الادنى ولا يخرج من المنطقة المؤلفة من آسية الصغرى ومصر وشاطيء البحر الاحمر الذي يعد مهد هذا الداء حسب رأي غرل (Grall) واكبر شاهد على ما نقول ان روجر (Rogers) من كلكوتا الذي درس درساً دقيقاً سنوات طوالاً ضنك الهند رأى بينــه وبين ضنك الشرق الادنى من التفاوت والاختلاف ما حمله على تمييزه عنه وتسميته

بالضنك الكاذب (fausse dengue) والضنك الكاذب انواع تبدو في الهند واوسترالية والفليبين وشاطئي الاتلانتيك وهي، ولسنا نجهل هذا ، امراض فصلية كالبرداء وحمى الايام الثلاثة تظهر كل سنة في فصل معين وفي الزمن الذي تبدو به العوامل الناقلة لها وما هذه العوامل الا الكولكس في الهند والبعوض الارقش (الستغوميا) في شاطئي الاتلانتيك واوسترالية وجزر الفيلبين . هذه هي الاختبارات التي جاء على ذكرها الاستاذ بار واستند اليها في تعليل انتقال الضنك بالبعوض ولسنا ممن ينكرونها او يجهلونها بل نعرفها حق المعرفة غير انها تخرج كل الخروج عن الضنك الذي نحن بصدده وهو ضنك الشرق الادنى

وانواع الضنك الكاذب التي جئنا على ذكرها تختلف اختلافاً كبيراً عن ضنكنا السوري ليس بطريقة انتقالها فحسب بل باعراضها السريرية ومنحني حرارتها وشدة عراقيلها (اي اختلاطاتها) فمثل من يجعلها والضنك السوري في فئة واحدة مثل من يزوج السمكة بالارنب كما يقول المثل الفرنسي

وقد حذّر روجر من كلكوتا قبلنا بزمن مديد من الوقوع في هذا الخطإ بايجاده هذه التسمية «الضنك الكاذب» ريثما يكون قد انجلى امر تلك الامراض التي تختلف كل الاختلاف عن المرض الذي نراه في سورية

وقد نشر احدنا مقالات عديدة محذراً الاطباء المارسين في سورية من هذا الضلال . ان فئة انواع الضنك الكاذب كما ذكرنا هي فئة لم تحل عقدتها حتى الان لان العامل الناقل ليس نوعاً واحداً من البعوض بل هو مختلف في الهند وفي شواطيء بحر الاتلانتيك ولعلّ هذا البعوض الذي تختلف انواعه ينقل ايضاً عوامل مرضية مختلفة في كل نوع من انواع هذا الضنك الكاذب

واننا نشكر في كل حال الاستاذ بار الذي حملنا مقاله على متابعة هذا البحث الذي دار و يدور حوله حوار شديد ونشكر للزميل غصن سماحه بان تكون مجلته الزاهرة مستودعاً لهذه الاراء ومحكاً تظهر به الحقيقة الناصعة

فعلينا اذا كنا نرغب في حل عقدة الضنك السوري وطريقة انتقاله ومعرفة عامله المرضي ألا نوجه انظارنا شطر الهند واوستراليا والفيلبين منتظرين من تلك الاقطار نوراً متألقاً يبدد هذا الظلام بل علينا ان نكون مصدر هذا النور ومبعث هذا العمل لان داءهم غير دائنا ولان ما يقال عن ضنك الهند والفلبين وسواهما لا ينطبق على الوباء الذي نصادفه ولا يصح ان يكون مستنداً نستند اليه في تعليل ما نراه هنا . ولان البعوض الارقش الذي ينقل ضنك الفلبين واستراليا وشاطئي الاتلانتيك لم تدل التحريات التي أُجريت في سورية حتى الان على وجوده فيها فكيف يليق بنا ان نعده العامل الناقل

ان هذا الموضوع جليل الفائدة يستدعي ان نتكاتف تكاتفاً علمياً على ايضاح غموضه غير ان علينا ريثما يتسنى لنا ذلك ان نميز منذ الان ضنكنا عن الضنك الكاذب والا نكون قد ضللنا سواء السبيل

ولهذا نقول ان ما جاءت به جمعية الاطباء والصيادلة في جلستها لا مستند علمي له وان الاموال التي تسأل الحكومة صرفها لقتل الكولكس واعلها البعوضة التي تنسب اليها نقل الضنك أحرى بان تصرف في وجوه صحية أخرى لان الكولكس براء من نقل هذا الداء كبراءة الذئب من دم ابن يعقوب

ان احدنا سيبحث عن هذا الموضوع الجلل في المؤتمر الذي سيعقد في القاهرة في كانون الاول القادم حيث يجتمع اكبر اختصاصي امراض البلاد

الحارة من سائر اقطار العالم واننا لنجذل جد الجذل ان نرى زملاءنا البيروتيين فيه لنتناقش واياهم الحساب ونستنير بارائهم لان الكلمة الجازمة عن انواع الضنك سيلفظها هذا المؤتمر على ما نظن

رد الحكيم مرشد خاطر على الحكيم الشيخ امين الجميل

عرف قراء هذه المجلة زميلنا الشيخ امين الجميل كاتباً اديباً يلبس المعاني اجمل المباني ، عرفوه طبيباً ماهراً يعالج الموضوعات الطبية بتفنن يقف دونه نظر الكثيرين حاسراً ، عرفوه اختصاصياً كبيراً بعلم الصحة لا يقف عند القشور بل يذهب الى لب الموضوع مستخرجاً منه كل حقيقة غامضة ، عرفوا الامين اميناً لسر جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت فلا عجب اذا تولى الدفاع عنها واذا جاء برده المدرج في الجزء التاسع على مقالتي التي كتبتها عن الضنك والبعوض في الجزء الثامن من المجلة الطبية العلمية

كتب حضرة الزميل رده مقتنعاً بما كتب ، كتبه وهو لا يرغب في الدفاع عن قضية لم يقتنع عقله بها مثبتاً ان الضنك ينتقل بالبعوض وقد اورد من البراهين ما ظنه كافياً لدعم عقيدته ثم جاء حضرة الزميل المتفنن صاحب المجلة فتوَّج هذه المقالة مذكياً النار بين الطرفين املاً بان تنضج هذه (الطبخة) التي تستدعي حرارة شديدة فجاء كلام الزميل الجميل وتتويج الزميل غصن احلى من الشهد غير ان الاعتقاد الراسخ الذي اعتقده ويعتقده كثيرون غيري بان الضنك لا ينتقل بالبعوض يدعوني الى تناول الموضوع ثانية وارسال هذه الكلمة مبيناً بها ان ما جاء في رد الصديق الجميل لا يستند الى اساس متين

ان بعض ما ساقوله قد ورد في الرسالة التي ادرجتها بالاشتراك مع الاستاذ ترابو رداً على مقالة الاستاذ بارغير ان منها ما لم يرد ذكره هناك

وقبل ان ابدأ بالرد اسأل حضرة الزميل ان يسمح لي بابداء هذه الملاحظة :

ليست لي صفة النيابة ليكون جوابي باسم اطباء دمشق كافة كما يحق للزميل الجميل الذي يمثل جمعية الاطباء والصيادلة فجوابي اذن صادر عني فقط لانه قد يكون في دمشق من لا يشاركني في رأيي كما انه قد يكون في بيروت من لا يشارك الزميل الجميل في رأيه ايضاً وتسهيلاً للرد احصر الجواب في النقاط التي وردت في مقالة حضرة الزميل وهي هذه :

يقول حضرته : ١ً — «لو كان الضنك ينتقل بملامسة المريض للسليم لكان انتقاله كالحصبة والشهقة والجدري الخ فعلام لا يذيع كالجدري مثلاً في كل فصل وفي كل مكان مع انه من المشهور ان الضنك لم يعرف الا في الامكنة الحارة والفصول الحارة وهو بذلك يشبه البرداء ولا يشبه الاوبئة الآنفة الذكر»

٢ً — يسألني الزميل عن البلاد التي يغزوها الضنك ولا اثر فيها للبعوض

٣ً — يقول اجل ان استاذنا الكبير دي برون لم يقل بعمل البعوض ولكنه لم يصرح برأي آخر وان المرحوم غراهم جهر بان الضنك بعوضي وكذلك غيره من الائمة . ثم اردف قائلا ان هذا هو رأي الاستاذ دي برون منذ زهاء ثلاثين سنة وليس هو بحجة علينا اصلاً لان وظيفة البعوض كانت مجهولة حينذاك ومعنى كلامه ان ما كان يعتقده الاستاذ دي برون في الامس قد تبدل اليوم كما بدلت الاختبارات الحاضرة ما كان في عهد الحارث بن كلدة وغيره من العرب

٤ً — جاء زميلنا الفاضل على ذكر الاختلاطات فلطف امرها وذكر

ما خطته يراعة الاستاذ دي برون في رسالة الطب الحديثة (Nouveau Traité de Medecine) عن انذار الضنك وغمز في قناتي لانني ذكرت عراقيل الضنك نقلاً عن الاستاذ ترابو وعن بعض مشاهداتي الخاصة واكبرت امرها

....

هذه هي النقاط الاربع التي ذكرها زميلنا العزيز وهي النقاط التي نرغب الان في ردها توصلا الى الحقيقة التي نسعى وراءها

١ — اما ان الضنك ينتقل بملامسة المريض للسليم فهو ما لا نشك فيه اقل الشك وما الحجة التي جاء بها حضرة الزميل الا حجة تؤيد نظريتنا وتدحض مدعاه . لان الضنك ، وما من ينكر هذا وهو نفسه لا ينكره ، لا يغشى بيروت في كل سنة كما انه لم يغشَ دمشق في كل سنة ايضا فقد ذكر الاستاذ دي برون في سورية وسواه ممن درسوا الضنك وافدات كانت تغشى سورية سنة وتغيب عنها سنوات ولم يذكر احد منهم ان الضنك وافدة سنوية تظهر في صيف كل سنة فقد جاء في رسالة الطب الحديثة في الفصل الذي تكلم به الاستاذ دي برون عن الضنك ذكرٌ لوافدة سنة١٨٨٨ — ١٨٨٩ و١٩٠٤ و١٩١٣ ولعلّ وافدات سواها غشت سورية غير انها لم تغشها في كل سنة وهذا امر واضح لا يختلف فيه اثنان . فنحن في دمشق لم نشهد منذ سنوات اثراً للضنك الا في السنة الماضية فقط اذ انتشر هذا الوباء في السواحل اولا فنفحتنا به هدية ثمينة . فلو كان الضنك كالبرداء كما يعتقد زميلنا الفاضل لكان ظهوره في صيف كل سنة امراً متحتماً لان البعوض ينقف في كل سنة ولان البرداء تظهر في كل سنة ايضا فظهور الضنك سنة وغيابه سنوات اكبر دليل على انه

لا ينتقل بالبعوض وظهوره في حي وتركه للاحياء الاخرى وانتشاره كما تنتشر الحصبة وسواها برهان على انه مرض ينتقل بغير البعوض

اما اذا كان زميلنا الفاضل يخلط بين الضنك وحمى الايام الثلاثة التي تظهر في صيف كل سنة في بيروت كما في دمشق وهي حمى لا نفاط فيها مطلقا مؤيداً مدعاه بهذه الحمى الفصلية التي تختلف كل الاختلاف عن الضنك الذي نحن بصدده فهذا امرٌ لا نجاريه فيه مطلقاً . واما قوله لماذا يظهر المرض في فصل الصيف ولا يظهر في الشتاء فيسهل تعليله . ان هذا متعلق بما سماه (génie épidé-mique) والا لماذا تظهر الحميات التيفية ونظيراتها والزحار في الصيف ولا تظهر في الشتاء وهل ظهورها في الفصل الذي ينقف فيه البعوض يجيز لنا ان ننسبها الى البعوض ؟ لا لعمري فان لكل نوع من الجراثيم شروطا لا بد من توفرها في البيئة الموجودة فيها لكي تكتسب نشاطها وجرثوم الضنك المجهول تتوفر له الشروط في الصيف وفي البلاد الحارة فيفعل فعله ومتى زالت تلك الشروط واتى الشتاء ضعفت قوته وامّحى الوباء

ثم اذا كانت البعوضة المسكينة سبب هذا الداء فما هو النوع الذي ينقل الضنك منها ؟ ان الذين يقولون بانتقال الضنك الكاذب (لا الضنك الحقيقي) بالبعوض ذكروا نوعين منه وهما الكولكس والبعوض الارقش (stegomyia fasciata) اما الكولكس فقد قال الاستاذ دي برون عنها في رسالة الطب الحديثة لا منذ ثلاثين سنة ولا من ايام الحارث بن كلدة ان انتقال الضنك بها لم تثبته مشاهدات مقنعة وقد قال سالانوايبن (Salnoue- Ipin) ما نصه :

« ان حييوين غراهم الدموي لم يجده احد من المختبرين لان فحص الدم

لم يظهر لنا ادنى عنصر جرثومي لا في ملء الكريات الحمراء ولا على سطحها واستنبات الدم لا يزال منفياً »

واما البعوض الارقش فلم يذكر من عنوا بدرس حشرات سورية وهوامها ما اذا كان هذا النوع موجوداً فيها ام لا لننسب اليه وباءً هو براء منه

. . . .

٢ً — يرغب الينا زميلنا الفاضل ان نذكر له اسماء البلدان التي يغشاها الضنك دون ان يكون للبعوض اثر فيها . فنجيب انالاستاذ دي برون ذكر في رسالة الطب الحديثة انه رأى الضنك في وافدة ١٨٨٩ في بعض القرى التي يبلغ ارتفاعها ١٥٠٠ متر عن سطح البحر . واظن وحضرة الزميل اكثر اطلاعاً مني على هذا الامر ، ان المصطافين في اهدن قد أُصيبوا في السنةالماضية بالضنك كما أُصيب سكان البلدان المعتدلة الارتفاع فاذا ثبت هذا وهو محقق قلنا ان البعوض قلما يعيش في هذه المرتفعات فقد ذكر برومبت (Brumpt) ان الارتفاع الاقصى هو ١٢٠٠ متر وان الحرارة الدنيا التي يتمكن بها البعوض من الحياة هي ٢٣ مئوية فيستنتج من هذا ان الضنك قد فشى في بلاد لا اثر فيها للبعوض وان انتقاله اليها كان مسبباً من شيء آخر

٣ً — ان الاستاذ دي برون قد نفى انتقال الضنك بالبعوض واليك نص ما جاء في رسالةالطب الحديثة « يظن غراهم ان هناك متحولاً (اميباً) يتبطن الكريات تنقله الكولكس . ان هذا الرأي لم تثبته حوادث مقنعة كما انها لم تثبت ايضاً رأي بنكروفت القائل بانتقال الضنك بالبعوض الارقش الذي لا ينطبق انتشاره الجغرافي على انتشار الضنك »

ولم يكتف بهذا بل اظهر رأيه في انتقال الضنك خلافاً لما ادعى حضرة الزميل اذ قال « اما في سورية حيث كانت المواصلات قليلة فان الداء (اي الضنك) كان يدخلها بوصول شخص مصاب بالضنك اليها وكثيراً ما كان يعرف سكان القرى القليلة العدد ذلك الشخص الناقل » فهل يريد حضرة الزميل حجة اوضح من هذه لاظهار رأي الاستاذ دي برون ؟

وقد بين دور ينغ (Düring) رأيه في انتقال الضنك بالملامسة فقال « ان غسالة ارسلت الى خمس عيلات اثواباً غسلتها فأصيب افراد هذه الأسر بالضنك وهم في امكنة مختلفة قبل ان يصاب به احد في الاحياء التي يقطنونها »

واليك ما يقوله غرل (Grall) « من المرجح ان العامل المرضي في الضنك عامل غير مرئي راشح شبيه بالعامل الذي يحدث الحميات النفاطية · هذه هي الفرضية التي يجدر بنا قبولها ريثما تبين لنا الاختبارات الجديدة ما يحل لنا هذا اللغز المعقد »

ان جميع هذه الاراء حديثة وليست من عهد الحارث بن كلدة لاننا لم نعمد في الاقوال التي ننقلها الى اراء اكل الدهر عليها وشرب بل ننظر الى احدث ما وصل اليه الفن مرسلين بابصارنا الى المستقبل لنقرأ في ظلماته الدامسة ما كتب عنه لو كان ممكناً وما كنا لنؤمل من حضرة الزميل وهو اللطيف ان ينسب الينا مثل هذا

اما تطور العلم وفساد بعض الامور التي نظنها حقيقية ويثبت لنا المستقبل خطأها فامر لا ينكره احد واننا متى اتى المختبرون في المستقبل البعيد واثبتوا لنا فساد النظرية التي ندافع عنها الآن لا نتأخر عن مجاراتهم غير اننا اليوم ونحن نرى الشبه الشديد بين الحصبة والضنك في طرز انتقالها لا يسعنا ان نسلم بانتقال الضنك بالبعوض وليس ثمت حجة تدحض رأينا وتثبت رأي سوانا فاذا كان

لدى حضرة الزميل اختبارات مقنعة نجهلها عن انتقال الضنك بالبعوض فليتفضل باظهارها واننا نعده منذ الان باننا نجاريه ونقر بصحة نظريته وفساد نظريتنا

. . . .

٤ً — اما العراقيل (الاختلاطات) في الضنك فكثيرة واذا قلنا كثيرة فلسنا نعني انها معادلة لعراقيل الحميات التيفيـة او الربيض (الحمى النمشية) او سواها غير ان نفيها ايضاً ليس منطبقاً على الحقيقة

فما الانزفة التي ذكرها الاستاذ دي برون ورأينا منها كثيراً من الحادثات في وافدة السنة الماضية الا احداها · وما البيلة الاحينيـة (albuminurie) التي ذكرها الاستاذ المومأ اليه ورأينا منها في مرضانا الذين اتبعناهم بدقة ما لا يقل عن عشرة بالمائة مع حالة تقرب من الابالة (anurie) في بعض الاحيان الا ثانيتها ·

وما تشوشات القلب التي ذكرها الاستاذ دي برون ومنها التهاب الشغاف الذي ادى الى نفخة انقباضية في مريضين استمرت بعد الشفاء الا دليل على ان الضنك يصدم الشغاف كما تصدمه الرثية الحادة واذا اجابني الزميل الفاضل ان هذه العراقيل قليلة تعد على الاصابع اجبته أجل لست انكر هذا ولكنها ثابتـة ومتى ثبت امرها كان لا سبيل الى انكارها

وليس التهاب الخصى وضخامة العقد البلغمية ولا سيما في العنق والتهاب الملتحمة والتهاب القرنية والتهاب القزحية والمشيمية والعمى التي ذكرتها عن جدول الاستاذ ترابو رأياً يقول به هذا الاستاذ وحده فقـد ورد ما يؤيده في رسالة الطب الحديثة (في بحث الضنك الجزء الثاني ص ٧٥١) فكلمة(كذا) التي وضعها حضرة الزميل بعد ذكر هذه العراقيل واحاطها بهلالين ليبين لنا

اننا نغالي في ما نكتب او اننا نتبع رأياً متطرفاً ليس فيها شيء من الغلو واذا كان هناك غلو فمصدره بيروت لا دمشق

وما الشلل القسمي الذي ذكر الاستاذ دي برون عنه حادثة كبيرة الفائدة في رسالة الطب الحديثة (ص ٧٥١) ولدى الاستاذ ترابو منه حادثة اخرى ستنشر قريباً في مجلة الامراض العصبية الباريسية الا عرقلة شديدة الوطأة وهي عرض التهاب الطبقة السنجابية الدماغية تحت الحاد مع وهن فائق منشأه مضيقي شوكي [1]

والمريض شاب من اعيان دمشق قصد الى بيروت بعد اصابته بهذه العرقلة بثلاثة اسابيع ولعل الكثيرين من زملائنا البيروتيين رأوه فيها

فهل هذا كله لا يكفي للقول بان هذا الداء شديد الوطأة لا يداعب الجسد الذي يدخله مداعبة الحبيب لحبيبه بل يفتك به فتك العدو الذي لا يعرف الرحمة

ومهما يكن فلنا ان نبدي رأينا في الامر وليس لنا ان ندعو غيرنا الى قبوله اذا لم يقتنعوا بما اوردنا من البراهين . وعلينا في كل حال ان نشكر لحضرة الزميل الجميل عنايته بهذه الموضوعات سائلين ان يوفق المستقبل بين رأينا كما جمعت الصداقة وحب العلم بين قلبينا والله الموفق في كل حال

---

1 Syndrome de polio encéphalite sub-aigue avec myasthénie isthmo-spinale consécutive à une dengue

الجراحة

التحفيض (drainage) في جراحة البطن

ملخصة بقلم الحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية
«عن مؤتمر الجراحة الفرنسي السادس والثلاثين»

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

عهد الى كدنه من باريس وباتل من ليون في وضع هذا التقرير عن التحفيض في جراحة البطن

وقد بدأ المؤلفان كلاهما بلمحة تاريخية جزيلة الفائدة عن هــذا الامر فقسما تاريخ التحفيض في جراحة البطن ثلاثة عصور

العصر الاول : يمتد منذ عرفت الجراحة حتى السنة ١٩٠٠ التي ظهرت فيها الطرق المتنوعة في التحفيض بعد ان مرت بدور طويل من الاختبار وهي الطرق التي غولي في استعمالها في ذلك العهد ٠

فان بيزل (Peasle) قد حفض منذ سنة ١٨٥٥ بعد استئصال المبيض الرتج المهبلي الخلفي بمسبار مطاط ٠

وفي سنة ١٨٦٧ حفض كوبرله (Kœberlé) للمرة الاولى جوف البطن خلال جدار البطن بانبوب زجاج غائر حتى رتج دوغلاس

وفي سنة ١٨٧٦ حقق اولهوزن (Olshausen) في المانية التحفيض البطني المهبلي الاول بانبوب طويل ٠

واوجد ميكوليز (Mickuliz) سنة ١٨٨٤ التحفيض الشعري بدك الشاش وقد جرب لوزن تات (Lawson Tait) سنة ١٨٨٦ الاستنشاق (aspiration)

٢ً — العصر الثاني : يمتد منذ السنة ١٩٠٠ حتى نهاية الحرب الكبرى وهو العصر الذي مال به الجراحون الى تقليل التحفيض ان لم نقل الى حذفه بتاتاً . وما سبب ذلك غير الاتقان الذي وصلت اليه الطرق الجراحية والطهارة الفائقة التي بلغتها طرق التعقيم والوضعات المختلفة التي عرفوا ان يضعوا المريض بها كالوضعة المائلة ووضعة فولر وغيرها . ولهذا فقدت طريقة ميكوليز بعض اهميتها

٣ً — العصر الثالث : هو العصر الذي نال بـه التحفيض والاغلاق ما يستحقانهما بعد ان درسا درساً دقيقاً وعرفت الحالة التي يجب ان يستعمل بها هذا ام ذاك .

فان حنا لويس فور هو المدافع الاكبر عن الميكوليز في جراحة النساء وامبردان هو القائل بحذف كل تحفيض في معالجة التهابات الزائدة الدودية الجراحية على ان تكون الزائدة قد استؤصلت .

فهاتان الطريقتان تتجابهان في يومنا الحاضر احداهما تشير باغلاق جوف البطن ولو كان يخشى تعفن ثانوي حتى لو حدث هذا التعفن والثانية ترى في التحفيض اضمن واسطة لوقاية بعض المرضى المبضوعين من الموت وتدعى الى احياء التحفيض بالميكوليز

ثم من المؤلفان الى درس :

١ — طرق تحفيض البطن

٢ — قيمة كل منها ودرس صفات الخلب

٣ — البراهين المضادة للتحفيض والمناقشة بها

٤ — لمحة عامة عن استطبابات التحفيض ومضاداته

٦ — استطباباته الخاصة .

١٠ – طريقتا التحفيض: الانبوبية والشعرية . فالطريقة الانبوبية تستخدم قوة الثقل متى وضع الانبوب في النقطة المنخفضة او تستفيد من ضغط البطن الايجابي متى خرج الانبوب من شق الجدار الامامي .

والطريقة الشعرية تؤدي الى اخراج السوائل بدون ضغط وخلافاً لشرائع الثقل وبين الاحفوض الغليظ وشبكة الشاش الدقيقة عدد عديد من وسائط التحفيض يطلق عليها شابو اسماً عاماً «التحفيض الخيطي او بانبوب مملوء»

ويجرى التحفيض الانبوبي في النقطة المنخفضة بطرق متنوعة : بالمهبل بالعجان، خلال العجز ، بالمستقيم ، بالقطن ، وذلك حسب الحالات

ويجرى هذا التحفيض في جدار البطن الامامي بالشق نفسه او بشقوق اخرى عديدة او بعروة بسيطة تفتح فوق العانة حسب طريقة رهن (Rehn)

واما التحفيض الشعري فيجرى بوضع رفادات من الشاش ملامسة للسطح الذي يراد تحفيضه على ان تبقى حرة في البطن وتخرج الى الخارج او بوضع ذبائل او رفادات في كيس يحفظها جيداً وهذا ما يسمى التحفيض بطريقة ميكوليز التي اتقن اجراءها حنا لويس فور . ،

٢ – يستنتج من بعض الاختبارات المجراة ولا سيما التي اجراها دالبه سنة ١٨٩٠ ان تحفيض جوف البطن تحفيضاً كاملاً بالانابيب ضرب من المحال لان فعل الاحفوض يظل محلياً وموقتاً .

واما الشاش الذي يحدث التحفيض بخاصته الشعرية فافضل وهو عدا ذلك يولد التصاقات تقوي دفاع الخلب ويمنع النزف بالضغط الذي يحدثه ويسمح لمولد الحموضة بدخول الجرح (فيلار) اما احفوض المطاط فتحيط به الالتصاقات بعد

١٢ — ٢٤ ساعة و ينحصر تحفيضه حينئذ في الممر الذي يجتازه فقط ٠

فمتى اردنا ان نولد التصاقات سريعة وان نخرج السوائل العفنة بالامتصاص ونمنعها عن ان تنتشر في جوف الخلب ومتى رغبنا في قطع النزف قطعاً كاملاً كان علينا ان نستعمل الشاش لانه الافضل

ولعل الجمع بين الشاش والاحفوض مفيد في بعض الظروف الخاصة ٠

صفات الخلب : الخلب اشد مناعة من النسيج الخلوي تحت الجلد بمائة مرة (اختبارات نوتزل « Nœtzel » سنة ١٩٠٥) وسبب هذه المناعة يعود : ١ً — الى قوته الامتصاصية الكبيرة (بالتحال « osmose » والارتشاح والهضم) ٢ً — الى قوته التتوحية (exudative) (نعني بها الدور الاساسي الذي يلعبه الثرب بجمعه سائر المحصولات المضرة وعمله على تعديلها) ٣ً — الى حدوث التصاقات وليس هذا سوى امر تال للقوة التتوحية ٠ ٤ً — الى حسيته الفائقة التي تمكنه من ان يكون له دخل في جميع هذه الحالات ٠

و بعض صفات الخلب هذه كسيف ذي حدين : فان الامتصاص الذي يتصف به الخلب قد يعود خطراً شديداً على البنية لان المواد السامة اذا امتصت قبل ان تعدل سممت الجسد ٠ وقد اوجدت هذه الفكرة النزّاعة الى تقوية وسائط دفاع الخلب او تبديلها طرقاً عديدة في الممارسة ٠

١ً — غسل الخلب وقد اهمل بتاتاً لانه خطر بنشره للآفات العفنة و باحداثه انعكاسات قد يكون منها وهن شديد ٠

٢ً — غسل الخلب بالايثير : تنجم منه عوارض خطرة متى كانت كمية الايثير كبيرة وقد اهمل هذا الغسل بتاتاً غير ان مسح الخلب بالايثير دون ان

يغلق البطن قبل تبخره تبخراً تاماً قد تكون منه فوائد كبيرة ٠

٣ً — نفخ الخلب بمولد الحموضة : لم يدخل بعد في الممارسة الجراحية

٤ً — حقن الخلب بالزيت : اهمل

٥ً — الاستمصال والاستلقاح: استعملا منذ الحرب الكبرى ولا يزالان قيد البحث ٠

٦ً — تحفيض الامعاء : (غسل المعدة، خزع الامعاء) يفيد غالباً لانه يساعد على انقاص السموم من البنية ٠

٧ً — وضع الثلج على البطن ، التقطير بطريقة مورفي ، الحقن بالمصل والزيت المكوفر والستركنين وغير هذه من الوسائط التي لا تنكر فائدتها ٠

٣ً — البراهين المضادة لتحفيض البطن : يستطاع ضمها فئتين

التحفيض يحدث عدداً من العوارض

التحفيض لا يفيد ولا يشار به ٠

أ — العوارض المنسوبة الى التحفيض :

١ً — هو يسهل انحباس المواد العفنة والتعفن الثانوي في الوقت نفسه

٢ً — يحدث التضاقات تعيد نزع الاحفوض صعباً وقد تنجم من استخراجه صمامات بتمزق الاوعية المتكونة حديثاً أو انسداد معوي ونواسير معوية تالية

٣ً — يحدث خروج البطن

تجتنب هذه العوارض متى كان طرز التحفيض حسناً اما خروج البطن فليس بامر ذي بال متى لم يكن من التحفيض سوى هذا العارض وكان له من الحسنات تخليص المريض من الموت ٠

ب — التحفيض لا يفيد : يقول حماة هذه الفكرة ان التحفيض لا يخرج السوائل بل يمنع الخلب عن الدفاع ·

ولكن متى كان التقيح منتشراً في الخلب كان تحفيض قسم منه مهما كان صغيراً لا يخلو من الفائدة لانه يعد كنجدة للبنية ازاء العوامل المقيحة · فبعد ان اجرى الجراحون التحفيض بالشاش جنوا منه من الفوائد ما لم يكونوا يحلمون به · فانهم لاحظوا ان قطع النزف كان محققاً وان العملية قد قصرت مدتها وهذا ما لا يستهان به وان ساحة التعفن قد حصرت في التصاقات لا ينكر احد فعلها الدفاعي الحسن ·

٤ — استطبابات التحفيض ومضادات الاستطباب :

للتحفيض استطبابات في جراحة البطن لا تزال مرعية وهذا ما يقرُّ به عدد عديد من الجراحين · غير ان هذه الاستطبابات قد قل عددها بفضل التطهير ووقاية الخلب

اما مضادات الاستطباب فتنحصر في هذا الامر وهو ان كل عملية طاهرة وقي بها الخلب جيداً ازاء العوامل العفنة وكان بها قطع النزف تاماً لا يجوز ان تحفض غير ان من الحالات ما يستدعي حتى يومنا هذا التحفيض وهي كل حالة يخشى بها النزف والتعفن ·

النزف : نعني به النزف من سطح واسع اي النزف الذي يحدث بعد تعرية ذلك السطح من الخلب ويكون خطراً يعرض حياة المريض للموت اذا لم يدك ذلك السطح ويضغط ولا افضل من الميكوليز في هذه الحالة ·

اما اذا كان نزف حر في جوف الخلب فلا يجب تحفيضه الا متى تعفن

التعفن لا نعني به التعفن الذي ينقله الجراح بل التعفن الناجم من العلة التي استدعت العملية · يجب علينا ان نميز اذن : ١ — العفونة التي تحدث في

اثناء العملية ٢ً — العفونة التي كانت قبل العملية كخراج متكيس او كالتهاب خلب متقيح متفاوت الاتساع ٠

١ً — العفونة المحدثة في سياق العملية :

١ً — لا يجب ان يحفض متى نزعت الآفة برمتها او متى دل منحني الحرارة على ان البؤرة المتقيحة قد بردت او متى كان ستر الافة بالخلب ممكناً

٢ً — متى كانت الافات والاعضاء متعفنة منذ مدة طويلة كانت الافات الواقعة في الجوار مما يشك فيه فاذا سهلت ازالة هذه الافة المجاورة لم يكن التحفيض واجباً والا كان وضع حاجز خلبي أي التحفيض ضرورياً ٠

٣ً — متى كانت الافة محدثة بالجراثيم اللاهوائية او بجراثيم مشتركة كان تلوث الخلب سريعاً وخطراً وكان التحفيض واجباً

٤ً — اذا كان السبب لا يزال موجوداً كما في خياطة القناة الجامعة التي يشك في نجاحها كان التحفيض واقياً لجوف الخلب الكبير من التعفن ٠

وتختلف حالة التحفيض في هذه الحالات المتنوعة منذ انبوب الحيطة الدقيق الذي ينزع بعد ٢٤ او ٤٨ ساعة حتى الدك بالميكوليز وبين هذين الحدين الاقصى والادنى انواع عديدة من التحفيض بالانابيب المختلفة الثخانة والذبائل المختلفة العدد ٠

٢ً — العفونة كائنة قبل العملية : منها نوعان اساسيان التقيحات المتكيسة والتقيحات المنتشرة ٠

أ — التقيحات المتكيسة : يجب ان تحفض لان الرأي الطبي مجمع على ذلك والانابيب في تحفيضها خير من الذبائل لان الالتصاقات تكون قد تكونت ٠

ب — التقيحات المنتشرة : الاراء فيها متضاربة غير ان الشرط الاساسي

الاول الذي يجيز لنا ترك التحفيض جانبا هو ان يكون سبب العفونة قد أزيل برمته والشرط الثاني ان تكون العملية قد بكر في اجرائها . لان التأخر يدع للآفة مجالا للامتداد فيعيد استئصالها استئصالا تاماً مستحيلاً .

هذا عدا ان الحالة العامة تكون قد ضعفت ولم يعد لها تلك المناعة وتكون المصلية التي تبدلت تبدلاً شديداً قد فقدت معظم صفاتها الدفاعية وتكون الامعاء نفسها قد شلت وتوسعت واصبحت هي نفسها سبباً لعودة التعفن بارتشاح الجراثيم خلال اعضادها .

ففي هذه الالتهابات المنتشرة يعد انبوب المطاط الغليظ الموضوع في رتج دوغلاس او في القسم السفلي من البطن والمريضة في وضعة نصف الجلوس افضل اداة للخلاص لان الاحفوض ان لم يخرج السوائل جميعها فهو يخرج ما زاد منها عن استيعاب جوف الخلب والغاية هي ان تمنع السوائل عن احداث توتر شديد في جوف البطن

اما التلقيح قبل اجراء العملية الجراحية الذي لم تعرف طرقه جيداً حتى الان وليس تطبيقه ممكناً في جميع الحالات فلا يبدل شيئاً من الخطة التي رسمناها .

اما عمر المريض فلا يخلو من الاهمية : فلو كان نشاط الجراثيم متعادلا في عفونة اصابت ولداً واخرى اصابت كهلاً لكان دفاع الولد اشد من دفاع الكهل

ومتى ساءت الحالة العامة بسرعة كان ذلك دليلاً على ان التعفن شديد الوطأة من نوع التعفنات المسممة للدم التي لا قبل لنا على صدها فيترتب علينا تحفيضها .

وكذلك القول في التعفنات التي يكون صديدها نتن الرائحة فهي تدل على الاشتراك الجرثومي (عصية الكولون اكثر من الجراثيم اللاهوائية) وتستدعي التحفيض .

هذه هي المبادىء العامة التي تعد اساس التحفيض او الاغلاق في آفات البطن ٠

٥ً — استطبابات التحفيض الخاصة :

في امراض النساء : نجد امرين فقط يحتاجان الى المناقشة في وجوب التحفيض او الاغلاق وهما تقيحات الحوض وسرطان العنق ٠

لا تحفض : ١ً — التقيحات القديمة التي يعد قيحها طاهراً ٠

٢ً — التقيحات التي بردت لان نشاط جراثيمها يكون قد ضعف جداً

٣ً — التقيحات الناجمة من النفير دون سواه التي يستطاع استئصالها دون فتح الجيب ٠

٤ً — التقيحات الباردة (السلية)

٥ً — التقيحات التي اعادت استئصال الرحم صعباً على ان يوثق الحالب وتبطن الساحة بالخلب جيداً ويقطع النزف قطعاً تاماً وان تخفيض المهبل تحفيضاً بسيطاً يكفي في الغالب ٠

والتحفيض حسن في حالات عديدة نستطيع جمعها في اربع فئات :

١ً — طبيعة التعفن ٠ (التعفن بعد الاسقاط ولا سيما متى شقت الرحم ، او متى كان ورم ليفي متغنغر)

٢ً — مقر التقيح : يحسن بنا ان نحفض متى كان مقر التقيح عالياً اي متى تناول النسيج الخلوي تحت الخلب عند قاعدة الرباط العريض او بعبارة اخرى متى تجاوز الطبقة العالية المرباط المعلق الحوضي ولقح الحفرة الحرقفية وعرى الامعاء الدقيقة (كما في الاكياس الكبيرة المتقيحة والتهاب النفير المتقيح المرافق لورم ليفي كبير وغير هذا)

٣ — متى صعب تبطين الافة بالخلب

٤ — في جروح الامعاء ولا سيما جروح الكولون اما في جروح المعى الدقيق فلا يحفض الا متى شك في حسن الخياطة

اما جروح المثانة فلا تستدعي التحفيض الا متى خيط الجرح والناحية متعفنة على ان تكون هذه الجروح خارج جوف الخلب ·

سرطان العنق : لقد جاء المؤلفان حين الكلام عنه بالمناقشات التي جرت اثر التقارير التي رفعها حنا لويس فور اكبر حماة الميكوليز وهي تؤيد رأيه ·

التهاب الزائدة الحاد : ينقل المؤلفان حين الكلام عنه رأي امبردان الذي لا يحفض مهما كانت الحالة على ان تكون الزائدة قد استؤصلت بل يكتفي بتجفيف الخلب و يخيط الجدار و يضع محفظة ثلج عليه فهو يبرد الافة بعد نزع الزائدة · واذا تكون خراج في الجدار عده كخراج تثبيت ·

واما السواد الاعظم من الجراحين الفرنسيين فانهم يحفضون خلافاً لأمبردان · ولزمن النوبة الاهمية الكبرى فان الافة لا تتجاوز الزائدة متى لم تمرّ عليها الا ٤٨ ساعة فلا يكون للتحفيض حينئذ اقل فائدة ·

وطبيعة الافة يجب ان ترشد الجراح في عمله ·

١ — متى لم تكن الزائدة مثقوبة : لا يحفض متى كانت الزائدة حرة وقطعت قطعا تاما وجفف الخلب من السائل المصلي الذي فيه

واما متى كان قد مرّ على النوبة عدة ايام وكان قد اعترى المريض اسهال او شبه انسداد الامعاء فيكون ذلك دليلا على تعفن شديد متصف بنبض سريع جداً وحرارة عالية فيحسن في هذه الحالة بالاّ يغلق البطن اغلاقا تاما ·

٢ — خراج زائدي : يختلف التحفيض حسب مقر الخراج غير ان وجوب اجرائه لا شك فيه .

٣ — الزائدة مثقوبة والخلب ملوث :

أ — اذا كان في الخلب انصباب كدر ولم يكن قد فصل جوف الخلب بحواجز تكون الآفة حديثة العهد وكثيرون هم الذين لا يحفضون في مثل هذه الحالة .

ب — متى كان التهاب خلب عام متقيح وعرى الامعاء لاصق بعضها ببعض او غير ملتصقة وفي الخلب صديد ونتوح ليفي كان التحفيض مفيداً . يكون رجا الزائدة في الغالب محاطا بخشكريشات خلبية من شأنها نشر الافة ويشار بالميكوليز في الحالات القديمة العهد .

ج — متى كان التهاب الخلب عفنيا والتسمم العام شديداً والامعاء مصابة بالخذل (parésie) والعرى المعوية زرقاء يغشيها نتوح ضارب الى السنجابي وجب فتح البؤرة والتحفيض بالميكوليز وخزع الامعاء والاستمصال (sérothérapie) .

في جراحة مجاري الصفراء : نجد في نهاية عدد عديد من العمليات المجراة على مجاري الصفراء استطبابي التحفيض الاساسيين نعني بهما النزف والتعفن .

ففي خزع القناة الجامعة واستئصال المرارة متى كان الالتهاب حاداً يعد التحفيض تحت الكبد طريقة من الطرق التي تضمن حسن النتيجة وكثيرون هم الذين يلجأون اليها .

واما في استئصال المرارة والالتهاب بارد فيجوز ان يغلق بدون تحفيض غير ان ابقاء احفوض دقيق بضعة ايام اضمن من الاغلاق .

في جراحة المعدة : لا يجد التحفيض استطبابات عديدة لان قطع النزف

كاف في الغالب والتعفن قليل الوقوع ·

ففي انثقاب القرحة لا يفيد التحفيض مطلقـــا الا متى كان التقيح لان الانصباب يظل في الساعات الاولى طاهراً لا جراثيم فيه ولا حاجة الى تحفيض جوف الخلب متى لم يتجاوز الانصباب حاجز الرباط المعلق للكولون واما متى تجاوز هذا الحد فالتحفيض فوق العانة حسن ·

في جراحة المعى الدقيق : لا يستطاع وضع قواعد شاملة في هذه الحالة · ففي الجراحة العادية (مفاغرة الامعاء) ليس التحفيض ضروريا متى كانت الخياطة متقنة والاحتياطات قد اخذت جميعها ·

وفي انسداد الامعاء تتعلق المسألة بالتبكير في اجراء العملية الجراحيـــة وسرعة نزع العائق

وانثقابات المعى تراعى فيها القواعد نفسها التي روعيت في انثقابات المعدة مع تذكر هذا الامر وهو ان تلوث السوائل المعوية بالجراثيم يزداد كلما اقترب من الاعور · ولا يشار بالعملية الجراحية في الانثقابات التيفية الا متى أُجريت العملية في الساعات الاولى ·

وفي الجروح والتمزقات تكون المسألة معقدة فمتى أُجريت العملية بعد الحادثة بقليل وخيط الجرح او قطعت الامعاء قطعا منتظما لا يشار بالتحفيض · ومتى أُجريت العملية بعد حين وكان التعفن شديداً كان تحفيض القسم السفلي من البطن افضل وقد يشار بالتحفيض بالميكوليز ·

وتمتاز العمليات التي تجرى على المعى الغليظ بإخطارها لان محتوى المعى شديد العفونة ولان خياطتها صعبة فالتحفيض فيها واجب ويجرى التحفيض من

الجرح متى كان محتوى المعى قد انتشر في البطن ٠

وكذلك القول في انغلاف السين الحرقفي اثر حالة سرطانية ٠ يحفض البطن متى شك في سلامة جوف الخلب بعد خياطة العروة المصابة خارجا والتحفيض بالميكوليز هو المختار ٠

وان ميل الجراحة في وقتنا الحاضر الى جعل الافات السرطانية اقل عفونة والى تثبيتها في الخارج تقلل استطبابات التحفيض ٠ ولا يعد التحفيض واجبا الا في سرطان الاعور على ان يكون في النسيج الخلوي تحت الخلب

وبعد ان تكلم المؤلفان عن جراحة الطحال والكبد والمعثكلة (بنكرياس) حيث التحفيض نادر (خياطة جدار الاكياس بالجلد) الا في التهابات المعثكلة النزفية حيث التحفيض واجب انهى المؤلفان تقريرهما هذا الممتع بالاستنتاجات الاتية :

النتائج : ١ً استعمل تحفيض البطن الذي ظهر منذ ظهرت جراحة البطن في العصور الاولى وفي جميع العمليات المجراة على الحوض اجتناباً للتعفن الذي كان كثير الحدوث في ذلك العهد ٠ ثم انحصر استعماله في تعفنات الخلب الحادة فقط ولم يلبث التعقيم من جهة واتقان الطرق الجراحية من جهة اخرى ان حددا ايضاً استطباباته ٠

٢ً — تبين من درس التحفيض ان انصباب السوائل جميعها من جوف البطن متعذر سواءأكان التحفيض بالانبوب او بالشاش ٠ وتبين ايضاً ان الخلب يتصف بصفات دفاع جليلة (الامتصاص، تعديل المواد العفنة، الالتصاقات)

٣ً — وهذا ما قسم الجراحين فئتين فمنهم من وثق بقوة دفاع الخلب فلم

يشر بالتحفيض ومنهم من رأى التعفن شديداً والخلب قاصراً عن الدفاع وحده فاراد التحفيض ·

٤ً — لا نستطيع ان نحذف تحفيض جوف البطن حذفاً باتاً حتى الان فهو لا يشار به متى كانت العملية منتظمة طاهرة وكان ترميم الخلب تاماً غير انه واجب متى لم تتوفر هذه الشروط

٥ً — يشار بالتحفيض في بعض تقيحات الحوض الشديدة متى تلوث الخلب الكبير وكذلك القول في سرطان عنق الرحم هذه الافة العفنة فان التحفيض بالميكوليز قد انقص الوفيات بعد العمليات الجراحية انقاصاً شديداً ·

٦ً — متى كان التهاب الزائدة بدون انثقاب لا يكون التحفيض ضرورياً ومتى كانت منثقبة وجب التحفيض ·

٧ — في جراحة طرق الصفراء: متى استؤصلت المرارة او خزعت القناة الجامعة وجب التحفيض لان الشك في متانة الخياطة والربط يستدعي ذلك ويشار بذلك ما تحت الكبد في العفونات الخطرة المتغنغرة

٨ — في جراحة المعدة والمعي الدقيق: التحفيض غير ضروري متى كانت النسج سليمة وسهل تقريب الخلب ولكنه واجب متى كانت النسج سريعة العطب (انثقاب قرحة المعدة) او متى لوث محتوى المعي الخلب (جرح المعي الدقيق او تمزقه)

٩ً — في المعي الغليظ: التحفيض واجب في جميع الحالات ·

١٠ً — في تعفنات الخلب الحادة: نزع الافة السببية في رأس كل عمل والتحفيض غير واجب متى كان خلب الجوار وحده مصاباً ومتى سهل تنظيفه واما متى كانت الافة اكثر انتشاراً فالتحفيض في اسفل البطن واجب ·

الهستامين والعصارة المعدية

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

في مثل هذا الشهر من العام المنصرم القى الاستاذ الشهير غرمبير (Grimbert) الاختصاصي بالكيمياء الحيوية ومدرسها في معهد الصيدلة بباريس محاضرة عنوانها الهستامين والعصارة المعدية تكلم فيها عن طريقة جديدة بسيطة اهتدى اليها العالم كرنو (Carnot) وتلميذاه ليبر (Libert) وكوسكوفسكي (Koskowski) لاستحصال العصارة المعدية صافية رائقة وعن الثمرات التي يمكن ان تجنى من ورائها .

ولما كنت من المستمعين لهذه المحاضرة القيمة والقائمين بتحليل كثير من العصارات (المستحصلة بهذه الطريقة الجديدة) في مخبر المعهد المذكور اردت ان لا يفوت الزملاء الافاضل ما يرجى من الفوائد من هذه الطريقة التي اخذت شأنها اليوم في جميع مخابر التحليلات الكيماوية بباريس فأقدمت على نقل شيء منها على صفحات مجلة المعهد الطبي الغراء مستلفتاً انظار الاطباء والكيماويين الكرام ولا سيما اساتذتنا المحترمين لعلهم لوسعة المجال لديهم يعمدون الى تطبيقها على مرضاهم الذين يعالجونهم ويتحفوننا بنتائج تجاربهم لنقارن بينها وبين ما قد استنتج حتى الان

قال الاستاذ غرمبير :

يلجأ الطبيب المداوي للحصول على العصارة المعدية الى إطعام مريضه طعام التجربة كما هو معلوم اي طعام أوالد (Ewald) الذي يتألف من ٦٠ غراماً

من الخبز البائت مبللاً بـ ٢٥٠ سم^3 من الماء العذب · وبعد ساعة من التناول يستخرج السائل المعدي المنفرز بانبوب فوشير بعد ان يطلى البلعوم بالنوفوكائين للتبنيج الموضعي منعاً للقيء ويفحصه بنفسه ان كان من الاختصاصيين بالكيمياء الحيوية او يرسل به الى مخابر التحليلات الحيوية ليداوى مريضه بحسب ما يستنتجه من التقرير المرفوع اليه · على ان السائل المستحصل على هذه الصورة ليس هو بعصارة معدية صافية بل هو مزيج منها ومن المواد المنهضمة بعض الانهضام

وبتعبير أصح هو عبارة عن محتوى المعدة ليس غير يكون فيه قسم من حمض الكلوردريك متحداً بالمواد شبه الهيولية الموجودة في الطعام المتناول فلا يستفاد من التحليل الكيماوي والحالة هذه سوى الوقوف على القوة الهاضمة للمعدة لا على قوتها المفرزة وهو خلاف ما يقصد من التحليل ، هذا فضلا عما يجده الكيماوي المحلل من الصعوبات في اثناء تحليله سائلاً مختلطا غير صاف يحوي مواد غريبة شتى · لذلك كان الاستاذ كرنو قد اشار باتباع احدى طريقتين طريقة الطعام الوهمي او طريقة الطعام الكحولي · غير ان كلتيهما لا تفيان بالمطلوب لان الاولى يتعذر تطبيقها على المصابين بالقمه ولانها تعطي نتائج تختلف باختلاف نضوج الطعام وكيفية عرضه على المريض الى غير ذلك فهي في الحقيقة تفيد في تقدير شهوة الطعام لا في تقدير القوة المفرزة للمعدة · وكذلك الثانية يتعذر تطبيقها على كثير من المرضى ولا سيما مدمني الكحول ولا تحصل منها الغاية المتوخاة :

كل هذا دعا العلماء الاختصاصيين الى توجيه عنايتهم لحل هذه المعضلة

حلاً نهائياً بوضع طريقة بسيطة يمكن بها الحصول على عصارة معدية صافية رائقة يسهل تحليلها تحليلاً كيمياوياً بسيطاً وصحيحاً يستفاد من نتيجته في تقدير القوة المفرزة في المعدة وتشخيص بعض حالاتها الخلقية (الفيزيولوجية) وقد اهتدى اليها اخيراً العالم كرنو وتلميذاه كما ذكرنا آنفاً فاستبدلت بها الطريقة القديمة لبساطتها ووفرة نتاجها وصفائه ۰ وهي حقن المريض بـ اسم ۳ ۰ من محلول الهستامين (histamine) الالفي تلك المادة المشتقة من الهستيدين (histidine) الذي هو حمض من الحموض الآمينية الدورية المخالفة (hétérocyclique) و يسمى «حمض ب — ايميدازول آمينوبروبيونيك » او« ايميدازول آلانين » (1) والاشتقاق ينشأ بعد اطراح ذرة CO_2 من ذرة الهستيدين

اوصاف الهستامين وخواصه ۰ — الهستامين جسم اساسي ثنائي المعادل ۰ ملحه الكوردريكي ينصهر في + ٢٤٤ الى + ٢٤٧ و يذوب في الماء والكحول والكلوروفرم ولا يذوب في الاثير ۰ يوجد بين المواد الناتجة من التعفن الناشىء بتأثير بعض الجراثيم المنسوبة الى صنف عصيات كولي ولا سيما العصيات المحبة الامين (bactérium aminophilis) التي تمكن من تجريدها العالمان برتالو Berthelot وبرتران Bertrand) في براز مريض مصاب بالتهاب المعى ۰ و يوجد في الجودار المهمازي وقد اصطنعه بطريقة التركيب الكيمياويون ويندوس (Windhaus) وفوغت (Vogt) و بيمان (Pymann) ۰

تأثيره في الاوعية والضغط الدموي : اذا حقن الوريد به يحدث هبوطاً في الضغط الشرياني تصحبه اعراض تشبه اعراض الصدمة الهضمونية

(1 Acide b-imidazol-propionique ou imidazol-alanine

(choc peptonique) ناجمة من توسع الاوعية المحيطية ، فهو اذن محرك للاوعية وخافض للضغط الدموي ·

تأثيره في العضلات الملساء: يؤثر خصوصاً في عضلات الرحم الملساء وليس له اقل تأثير في العضلات المخططة ·

تأثيره في الغدد المفرزة : ينبه الغدد المفرزة وخصوصاً المعدة فيستدعي افرازها وليس له ادنى تأثير في البنكراس ولا الصفراء · ولا يتم افراز المعدة بتأثيره الا اذا حقن به تحت الجلد او بين العضلات · اما اذا حقن الوريد بـه او اخذ بطريق الفم فلا يشاهد له اقل فعل · ويستفاد من خاصته الاخيرة هذه على الصورة الاتية :

يحضر محلول مائي الفي من كاورماآة الهستامين ثم يمنع المريض عن الطعام ١٢ ساعة يدخل الى معدته عند ختامها قاثاتير آينهورن Einhorn[١] وهي انبوب من المطاط قطره ٣ — ٤ ملمترات وطوله متر واحد وينتهي بقطعة معدنية زيتونية الشكل قطرها ٤ ملمتراً ويتحمل المريض هذه القثترة طيلة التجربة دون انزعاج · وبعد ان يحقق خلو المعدة من كل شيء يحقن الوجه الوحشي للفخذ وتحت الجلد بسم[٣] واحد من المحلول الانف الذكر ثم تستخرج كل عشر دقائق العصارة المنفرزة في المعدة بحقنة وتوضع الكميات المجتذبة في كل مرة في انابيب على حدة · لان الافراز المعدي يبدأ بعـد عشر دقائق تمضي على الحقن ويبلغ اقصاه بعد ٣٠ — ٤٠ دقيقة ويمتد ساعة او اكثر

فالعصارة المجموعة على هذه الصورة تدعى (العصارة الهستامينيـة) وهي رائقة كالماء شديدة الحموضة تحوي مقداراً من حمض الكلوردريك اكثر مما

في العصارة المستحصلة على طريقة الطعام التجربي و يكون فيها الحمض جميعه حراً اي (ClH) الا عشره فقط فيكون بحالة مركبة متحداً باجسام اخرى

و يعاير مقداره على طريقة طبفر - لينوسيه (Topppfer-Linossier) باستعمال مزيج من الفتالئين وديمتيل آمينوازوبنزول (كاشف طبفر) كمشعر [1]

من خواص كاشف طبفر انه يتلون بالحمرة الزاهرة بتأثير حمض الكلوردريك الحر او غيره من الحموض القوية ، و بالصفرة الفاقعة بتأثير القلويات . فاذا عولج به محلول من حمض الكلوريدريك الصافي كان التحول من الاحمر الزاهر الى الاصفر الفاقع آنيا وواضحا جد الوضوح .

اما اذا عولج به محلول حمض ضعيف اي قليل التفكك اليوني فلا يبدو سوى لون برتقالي غير واضح (بدلا من الاحمر الزاهر) يستحيل الى اصفر باضافة قلوي ما دون ان يمكن تمييز حد يدل على ختام التحول في اللون . لذلك تتعذر معايرة حمض عضوي بكاشف طبفر هذا معايرة صحيحة .

فاذا كان هناك مزيج من حمض الكلوردريك وحمض ضعيف (كحمض اللبن وحمض الخل) وقطر عليه محلول قلوي قام اللون البرتقالي الدال على وجود الحموض العضوية مقام اللون الاحمر الزاهر الدال على وجود حمض الكلوردريك عندما تصبح كمية (ClH) كلها مشبعة تماما . فاذا أضيفت عندئذ قطرة واحدة من محلول الفتالئين الكحولي وثوبر على المعايرة حتى اشباع الفتالئين اي حتى يبدو اللون الاحمر الارجواني الخاص به امكن تقدير كل من (ClH) الحر والحمض العضوي في عملية واحدة .

---

(1) Diméthylamino-azobenzol

ولدى تطبيق هذه الطريقة من المعايرة على المحتوى المعدي الذي يكون فيه القسم الاعظم من (ClH) متحداً ببعض المواد الناتجة من انهضام طعام التجربة والذي توجد فيه حموض عضوية حاصلة من الاختمار الجرثومي ظهر بون شاسع بين مجموع الحموضة المقدرة بالفتالئين وبين (ClH) المقدر بكاشف طبفر .

وليس الامر كذلك في العصارة الهستامينية لخلوها من محاصيل الاختمار وبقايا الطعام وتكفي لاجلها معايرة بسيطة وحيدة بوجود الفتالئين كمشعر لان الفرق بين الحموضتين الذي وجده بعض الذين جربوا طريقة طبفر على العصارة الهستامينية كان ضئيلا (٠،١ /٠) من مجموع الحموضة المنسوبة الى (ClH) يمكن عزوه الى اتحاد هذا المقدار من (ClH) بالهضمين (pepsine) وتتضح لك الحقيقة جلية بالنظر الى جدول النتائج التي حصل عليها ليبير من تحليل بضع عصارات هستامينية :

	أ	ب	ج	د
مجموع الحموضة	١،٧٧	٢،٣٠	٣،١٤	٣،٤٠
(ClH)	١،٤٢	٢،١٢	٢،٨٥	٣،٠٠
الفرق	٠،٣٥	٠،١٨	٠،٢٩	٠،٤٠

اما مقدار الحموضة (المنسوبة الى حمض الكلوريدريك) في الحد الطبيعي فهي ٢—٣ غرام باللتر على الوسط ويزداد مقدارها في المصابين بالقرحة وبفرط الحموضة حتى يبلغ ٤ غرامات باللتر واكثر

وينقص في حالة نقص الحموضة ولا يتجاوز ١،٥ غرام باللتر .

واما في المصابين بالسرطان فعندما يكون في بدء تكونه ويتمكن

الهستامين ان ينتج افرازاً ضئيلا فلا يوجـد شيء من حمض الـكلوردريك (فقدان الحموضة (anachlorhydrie)

على ان مارفع قدر الهستامين ومنحه هذا الشأن الخطير ليس هو رجحانه على طعام التجربة بانتاجه عصارة صافية بكثرة ، بل مساواة النتائج التي يحصل بها عليها في اثناء عدة فحوص متتابعة تجرى على عصارة المريض نفسه كما يتأيد من ابحاث ليبير :

	في اليوم الاول			بعد ثمانية ايام		
	مجموع الحموضة	cIH	الفرق	مجموع الحموضة	H cI	الفرق
بعد عشرين دقيقة	١،٧٧٠	١،٤١٦	٠،٣٥٤	١،٤١٦	١،٠٦٢	٠،٢٥٤
بعد ثلاثين دقيقة	٢،١٢٤	١،٧٧٠	٠،٣٥٤	١،٧٧٠	١،٥٩٣	٠،١٧٧
بعد اربعين دقيقة	٢،١٢٤	١،٧٧٠	٠،٣٥٤	٢،٣٠١	٢،١٢٤	٠،١٧٧
بعد خمسين دقيقة	١،٧٧٠	١،٤١٦	٠،٣٥٤	٢،٣٠١	٢،١٢٤	٠،١٧٧

نظرة واحدة الى هذا الجدول تكفي لاطلاع القارىء على توافق الارقام بعضها مع بعض (بفرق ضئيل يمكن اهماله) ولعدّ الرقم الوسط المستحصل في عصارة مريض كمقدار ثابت لذلك المريض .

وليس الامر كذلك مع عصارة مستحصلة بطريقة الطعام التجربي لتفاوت الارقام الناتجة في المريض ذاته تفاوتاً شاسعاً بين فحص وآخر يجرى في أزمان مختلفة مما يجعل ابداء رأي صحيح في حالته مستحيلاً .

ولا يخفى على المدقق ما في سرعة انفراز العصارة المعدية ومعرفة الكمية المجموعة منها في زمن معين من الفوائد في وضع التشخيص .

فلقد تبين من تجارب ليبير ان الانفراز يبدأ بعد عشر دقائق من الحقن في الحالة الطبيعية . ويتأخر في المصابين بتشمع الكبد الوريدي حتى نصف

ساعة · اما في المصابين بفرط الحموضة أو بالقرحة أو بفرط الافراز فيكون الافراز اسرع اي يبدأ بعد أربع دقائق من الحقن ·

اما الكمية المجموعة من العصارة في زمن معين فيظهر انها تتناسب مع حموضتها المنسوبة الى حمض الكلوردريك :

ففي الحالة الطبيعية يجمع ١٣٠ — ١٥٠ سم ٠ م في خلال نصف ساعة ·

وفي فرط الحموضة يجمع ٢٨٠ سم ٠ م في أربعين دقيقة ·

وفي نقص الحموضة لا يجمع اكثر من ٦٠ سم ٠م في ساعة واكثر

على ان فائدة الهستامين تتجلى في مساعدتها على التمييز بين قرحة وبين ناميات سرطانية في بدء تكونها · لان في هذه الاخيرة يكون الانفراز بطيئاً وغير منتظم وقليلا مع فقدان(CIH) من العصارة وفي الحالة المترقية يتوقف الانفراز ·

هذا وان الحقن بملغرام واحد من الهستامين تحت الجلد لا يحدث عرضاً ما خطراً واكثر ما تنتج منه حمرة في الوجه وزيادة في الضربات القلبية زيادة عارضة لتأثيره كموسع للاوعية واحمرار بسيط موضع الحقن احياناً ·

ومما يلاحظ في طريقة الهستامين ان زيادة الافراز الناجمة منه لم تستدع قط آلاماً شرسوفية ولا جوعاً شديداً حتى في المصابين بفرط الحموضة وبالقرحة المعدية اذ قد جاهر هؤلاء بانهم لم يشعروا باوجاع بطنية مؤلمة مع ان معدهم كانت محتوية على كمية وافرة من عصارة صافية كثيرة الحموضة بتأثير الهستامين الذي حقنوا به · وهذا ما يدعو الى القول بان حس الجوع خلقياً (فيزيولوجيا) لا يتوقف على زيادة في الافراز المعدي فقط وإن خالف هذا القول التعليلات المسرودة لايضاح الاوجاع المتأخرة التي تحدث في المصابين بالقرحة اوالحموضة

معايرة الحموضة الفعالة بكاشف طبفر : اذا عوير مقدار الحموضة في عصارة معدية لا تحتوي على حموض عضوية ، بوجود الفتالئين كمشعر امكن تقدير جميع حمض الكلوردريك اي غير المتحد بالاسس القوية وبتعبير اوضح ان(ClH) الموجود في العصارة المعدية يعد حراً بالنظر الى الفتالئين . وكذا الحال في المحتوى المعدي اي العصارة المعدية الحاوية على مواد غذائية ناجمة من طعام التجربة .

اما اذا استعمل مشعر آخر غير الفتالئين ككاشف طبفر او كاشف كنسبرغ مثلاً وعويرت العصارة ذاتها فتكون حموضتها اقل من الاولى مما يدل على ان جزءاً من حمض الكلوردريك متحد بالمحصولات الهضمية التي تعد كأسس ضعيفة ولا يمكن كشفها بالفتالئين .

فالفرق بين العيارين يكون اعظم في المحتوى المعدي منه في العصارة الهستامينية الصافية مما دعا بعض المؤلفين الى القول بان الفاعل في الهضم هو الحمض الذي تمكن معايرته بهذه الشروط فقط وسموه بحمض الكلوردريك الفعال (actif) واكثر هؤلاء القائلين بذلك يعدون حمضا فعالا ، الحمض الذي تمكن معايرته بكاشف كنسبرغ على طريقة مونيه (Meunier) التي تقدر فيها الحموضة بكاشف طبفر اولا لمعرفة الحد الموافق لكاشف كنسبرغ .

كيفية العمل . — التجربة الاولى ، بكاشف طبفر : يحضر هذا الكاشف بحل ٠،٥٠ غراماً من ديمتيل آمينو آزو بنزول في ١٠٠ سم[٣] كحول . وهو احمر في الوسط الحامض واصفر في الوسط القلوي .

يؤخذ من العصارة المعدية ١٠ سم[٣] وتضاف اليها قطرتان من الكاشف ثم يقطر عليها من محلول الصودا العشري وتختم العملية حينما يبدو لون برتقالي ويرمز بحرف (ق) لما صرف من المحلول الصودي .

التجربة الثانية ، بكاشف كنسبرغ : يتألف هذا الكاشف من محلولين (ا) و (ب) ويحضر كما يلي :

محلول ا — لوروغلوسين	٢ غرام
كحول عيارها ٩٥°	١٥ سم^{3}
محلول ب — فانيلين	١ غرام
كحول عيارها ٩٥°	١٥ سم^{3}

ويحفظ كل من المحلولين في قارورة على حدة ٠

توءخذ ١٠ سم^{3} من العصارة المعدية ويضاف اليها(ق—٠،٤ سم^{3}) من الصود العشري [1] ثم توءخذ من هذا المزيج قطرتان وتوضعان في جفنة صينية صغيرة مع قطرة واحدة من كاشف كنسبرغ (ا) وقطرة واحدة من (ب) وتسخن الجفنة على حمام مائي بدرجة ٦٠°—٧٠° (لا اكثر) فاذا بدا لون احمر زاهر (كحمرة الزنجفرة)عند ما يجف السائل يضاف الى العصارة المعدية المعالجة بـ (ق—٠،٤ سم ٠ م) من الصود العشري،مقدار ٠،١ سم^{3} من الصود العشري ايضاً وتوءخذ منها قطرتان وتوضعان في جفنة صغيرة مع قطرة من كاشف كنسبرغ (ا) وقطرة من (ب) كما في السابق وتسخن على حمام مائي وهكذا دواليك حتى يصبح التفاعل سلبياً ٠ فتختم العملية ويرمز بحرف(قَ) للمقدار المصروف من الصود العشري ويحسب مقدار حمض الكلوردر يك الفعال (م) وفقاً للدستور الاتي :

م = قَ × ٠،٣٦٥ غراماً باللتر ٠

وفي الجدول الاتي ترى بعض ارقام ناتجة من تحليل عصارة معدية مستحصلة بطعام (أوالد) التجربي مقدرة بالنسبة الى حمض الكلوردريك :

مجموع الحموضة	١٦٨ — ٢٦٤
الحموضة العضوية	اثر
حمض الكلوردريك الفعال	١،٠٠ — ١٦٧
مجموع الكلور	٣،٠٠ — ٣،٥٠

والخلاصة ان طريقة الهستامين التي لا تضر بالمريض والتي يمكن بها عيار القوة المفرزة لمعدة اي امرىء كان في اي زمن اريد توشك ان تقوم نهائياً مقام طعام أوالد التجربي

(١) لان (ق) اعظم بمقدار ٠،٢ الى ٠،٥ سم^{3} من الناتج بكاشف كنسبرغ

لسهولة تطبيقها ووفرة العصارة الناتجة بسببها وخصوصاً لصفاء الحاصل وخلوه من بقايا المواد الغذائية مما لا يبقي حاجة الى اضاعة الوقت عبثاً بتحري الحوض الناتجة من الاختمار ولا المركبات الحاصلة من اتحاد حمض الكلوردريك بالمواد شبه الهيولية ونظيرة الهيولية المتكاثفة[1] اعني بتحري الكلور المتحد اتحاداً ضئيلاً . وعلى ذلك تضمحل مسئلة التمييز بين الكلور الحر و بين الكلور الفعال من تلقاء نفسها وتكفي عندئذ معايرة بسيطة بمقياس الحمض لتقدير حموضة المعدة والوقوف على نشاطها الكيماوية بدقة وصحة .

وها نحن نلخص فيما يلي النتائج المستحصلة من التحليلات الكيماوية وما تشير اليه من الحالات الخلقية :

مقدار الحموضة المنسوبة لحمض الكلوردريك اذا كان :

...	يدل على حالة سرطانية
١،٥ غرام فاقل باللتر	« « نقص في الحموضة
٢ — ٣ غرام «	« « حموضة طبيعية
٣ — ٤ غرام فاكثر باللتر	« « فرط حموضة واصابة بالقرحة

انفراز العصارة المعدية بعد الحقن بالهستامين :

بعد ٤ دقائق	« « فرط حموضة او اصابة بالقرحة او بفرط الافراز
١٠ دقائق	« « حالة طبيعية
٣٠ دقيقة	« « اصابة بتشمع الكبد الوريدي

الكمية المجموعة من العصارة اذا كانت :

٦٠ سم٠م في ساعة او اكثر	تدل على نقص في الحموضة
١٣٠ — ١٥٠ سم٠م في ٣٠ دقيقة	تدل على حالة طبيعية
٢٨٠ سم٠م في ٤٠ دقيقة	تدل على فرط حموضة

بطء الانفراز مع فقدان HCl من العصارة :	يدل على ناميات سرطانية في بدء تكونها
عدم الانفراز :	يدل على ناميات سرطانية قديمة العهد

مقتضبات عما يقال و يعمل

في سريريات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٨ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

الحمل خارج الرحم (grossesse extra - utérine)

وقيلة الحوض الدموية (hématocèle pelvienne)

تنجم قيلة الحوض الدموية دائمًا من الحمل خارج الرحم . وهو حمل تنمو فيه البيضة خارج الرحم عوضاً عن ان تنمو فيها : والتفكير فيه واجب متى شك في اعراضه

يستقر الحمل خارج الرحم في مناطق متعددة

فقد تستقر البيضة في المبيض وذلك نادر فيكون الحمل حينئذ مبيضياً (grossesse ovarienne)

وقد تقع البيضة الملقحة في الجوف فتستقر في البطن ويكون الحمل بطنياً (gross. abdominale) ثم تمتص البيضة

وقد تستقر البيضة في احدى ثنيات الانبوب (frange tubaire)— الحمل البوقي المبيضي—او في الصيوان فمتى كبرت انفكت منذ الشهر الاول عن البوق وانسكب الدم في الخلب وماتت البيضة وكان الاسقاط البوقي الخلبي . اما الدم فيبقى و يقع في الشهر الثاني نزف جديد فيتكون حول البوق والمبيض جيب دموي يزداد شيئًا فشيئًا

يصادف ذلك كثيراً في السريريات فيدعو الى الالتباس و ينزف من رحم المرأة في هذه الحالة دم اسود . ولا يتأخر فيه الطمث ولا تتكون قيلة دم حقيقية

في المجل (dans l'ampoule) مقر البيضة فيه واسع و يتأخر الطمث في هذا الحمل شهراً او شهرين . وتبدأ الاعراض في الشهر الثالث حين نفوذ زغب الكوريون في جدر النفير . فينبثق الجيب الذي كان يعادل حجم برتقالة صغيرة وتظهر حينئذ اعراض الانشقاق

المعروفة يسيل الدم من خلف الرباط العريض ويجتمع في رتج دوغلاس فيكون وراء الرحم قيلة دم كيسية

الحمل المضيقي(grossesse isthmique): ينمو هذا الحمل في عضو لا يقبل التمدد كثير الاوعية فينبثق في الشهر الثاني او في الشهر الاول ولا يتأخر فيه الطمث بل يصحبه نزف غزير تشبه علاماته علامات قيلة الدم الطوفانية (catachysmique) والالام شديدة فيه جداً ٠

في القسم الخلالي (الحمل الرحمي النفيري): وقوع هذا الحمل الغريب نادر تشبه علاماته علامات الحمل الزاوي وتختلف عنها بتعذر نزول البييضة الى الرحم فينمو الحمل و يمزق القرن في الشهر الثالث ٠

وقد تقع البيضة في الحمل البوقي وراء الرحم حيث يشعر بها في الوراء اما في الحمل الزاوي فيشعر بها في الامام والحذر من خلط انتنا الرحم الجانبي بالحمل خارج الرحم

يختلف قوام البييضة في الرحم عما هو عليه في البوق فهي رخوة في البوق اما في القرن حيث تحيط بها عضلة فهي اشد قواماً

ويجب اجراء العملية متى شخص الحمل خارج الرحم فاذا كان عمر الحمل اكثر من خمسة شهور اصبح نموه نمواً طبيعياً ممكناً لان دور الحوادث الخطرة زالت عنه ٠ وقد يصل عمر الحمل حتى الشهر الثامن فيجب التوسط متى بدأت الاوجاع والتوسط صعب جداً في هذه الحالة ٠

واما ان يكون قد نما الحمل في جوف البطن او ظل انبوبياً بطنياً وتكون المشيمة في الحالة الاولى قد التصقت بالاعضاء المجاورة

وتستقر في الحالة الثانية على البوق أو الملحقات فمتى اخرج الطفل وجب السعي وراء فك التصاقاتها وقد ينجم من ذلك انزفة خطرة لذلك يجب ان يتحرى الذنب الرحمي المبيضي وان يلقط بالمنقاش فان وقف النزف دل ذلك على ان المشيمة مرتكزة على الانبوب فجرب فكها واما اذا ارتكزت المشيمة على الامعاء او على عضو آخر فيجب تركها على ان تخاط بجدار البطن (marsupialisation)

وتشتد العوارض الخطرة كلما كان ارتكاز المشيمة قريباً من الرحم .

واذا انبثق الحمل نجم منه نزف طوفاني او قيلةدموية متكيسة .

اما النزف الطوفاني فنادر ومتى وقع شحب وجه المريضة واسرع نبضها واعتراها غثيان واقياء وساءت حالتها العامة . وكان ألم الغشي الانبثاقي واجتمع في الحوض الصغير في بادىء الامر مقدار لتر من الدم دون ان ينجم منه عرض سريري مهم .

وهذا الدم سائل لا يشعر به في الرتج وتبدو الرحم حين الفحص في هذه الحالة متحركة متموجة . ولا يفيد المس اي فائدة . و يلاحظ ان البطن منتفخ قليلاً وان الخلب متنبه (peritonisme)

و يبدو متى قرعت ناحية ما فوق العانة (بعد تفريغ المثانة) والحفرتين الحرقفيتين صمم وذلك اذا زادت كمية الدم النازفة عن اللتر

واول ما يجب عمله في هذه الحالة هو وضع المريضة على منضدة العمليات وامالة رأسها الى الاسفل لايصال الدم الى مراكز البصلة ، وتدفئتها (بلف الساقين بالقطن) وحقن وريدها وتحت جلدها بمصل اصطناعي يحقن الوريد بجبابة فتؤثر في الحال واخرى تحت جلد الثدي فيكون تأثيرها بطيئاً و يبتدىء بعد ان يكون فعل الحقنة الوريدية قد زال

و يحقن تحت الجلد ايضاً بمليغرامي كظرين او يمزج نصف حبابة منه بالمصل الاصطناعي قبل حقن الوريد بها . وتحضر الادوات اللازمة لاجراء العملية فان تحسنت الاعراض بعد ربع ساعة وجب التأني اذ قد يكون سبب هذه الحوادث الصدمة والارجح ان ينتظر ساعة او ساعتين قبل اجراء العملية

واما اذا لم تتحسن حالة المريضة على الرغم من الوسائل المتخذة فيدل ذلك على نزف احد الشرايين و يكون الاسراع بالعملية واجباً

وقد لا يتجاوز الدم النازف ١٠٠ غرام مع ان العوارض التي تشكوها بعض النساء تكون شديدة فتكون الصدمة سبب هذه العوارض ويجب حينئذ تأجيل العملية لان التبكير فيها يميت .

هل وضع التشخيص ممكن ؟

التشخيص صعب جداً . يجب ان يتحرى الطبيب بعض العلامات الصغيرة وهي :

في حالة النزف تطبل البطن

في حالة الصدمة : لين البطن وتسطحه

النبض النزفي : نبض سريع لا يعد يتجاوز عدد دقاته ١٤٠

النبض في الصدمة : هو نبض منخفض التوتر لا يشعر به الا باستماع القلب الذي يدق ١٢٠ مرة في الدقيقة

الوجه ابيض ولون الشفتين شاحب في النزف

والوجه جامد منقبض ولون الشفتين بنفسجي في الصدمة

هبوط الحرارة : يصادف في الحالتين ٠ و يصعب تمييز احداهما عن الاخرى في اغلب الاحيان وقد تموت المريضة بينا يفحصها الطبيب

والطريقة التي يجب اتباعها والسير عليها هي ما يأتي :

لا يجوز استعمال التخدير القطني لانه يخفض التوتر فيميت المريضة وهي على منضدة العملية ٠

والتخدير بالايثير افضل على ان تنشق منه مقادير قليلة

ولكن أيجوز ان تعطى المريضة دماً ؟ لا يسمح الوقت في الحالات الخطرة باجراء هذه العملية وعلى الطبيب ان يحقن الوريد بمصل اصطناعي ثم يجري بعد العملية ما يراه لازماً كنقل الدم او غيره

وأبسط شيء هو ان يكون لدى الطبيب ثلاث محاقن معقمة سعة كل منها ١٠٠ سم مكعب وان تكون كل واحدة منها مجهزة بابرة وان تستحضر ثلاثة فناجين من محلول ليموناة الصودا العشري على ان يكون المعطي خالياً من البرداء وداء الافرنج وان تمزج اولاً على صفيحة ٥ قطرات من دم المعطي وخمس من دم الآخذ ٠ يستحسن ان يكون في كل شعبة اناس مخصصون لاعطاء دمائهم ٠

العملية : يفتح البطن ويفتش عن المكان النازف وتوضع اليد في جهة الرحم فتشعر بالآفة عادة ويتبع الرباط العريض ويضغط ذنبه الرحمي المبيضي بين اصبعين فيقف النزف موقتاً ومتى بدأ الجراح برؤية الساحة رؤية حسنة اعاض عن اصبعيه بمنقاش ٠ ولا يجب ان تزعج المريضة مطلقاً في اثناء نقلها الى سريرها ولا ان يظن الدم الذي يسيل من الاحوض بغزارة وهو الدم الذي كان مجتمعاً تحت الحاجز نزفاً جديداً لانه قد يعادل

اللتر في بعض الاحيان

ومتى اضطجعت المريضة في سريرها بعد ان كانت مائلة وهي على المنضدة وجب تحاشي الغشي الابيض والموت بفاقة دم البصلة لذا يجدر بالطبيب ان يميل السرير

ومتى تكيست القيلة الدموية غابت الاعراض ولم يبق منها الا العلامات الدالة على القيلة الدموية و بعض نوب مؤلمة ناجمة من التوتر الذي يرافق الانزفة الناكسة ٠

المس: يشعر بورم في جانب الرحم مرتفع جداً في بعض الاحيان او واقع في رتج دوغلاس فيظن انه ناجم من التهاب المبيض والملحقات ٠ ولكن عوضاً عن ان تتحسن حالة المريضة كما هو الامر في التهاب الملحقات تشعر بنوب آلام جديدة ٠ وتشترك الرحم بالتأثر مما يقع في جوارها فيتكون فيها غشاء رحمي ساقط ينجم من انفكاكه نزف دم اسود وانفراغ الدم الاسود متقطعاً كان او مستمراً هو الذي يلفت الانظار نحو التشخيص

ومتى وصل الدم الى رتج دوغلاس دفع الرحم الى الامام فشعر حينئذٍ بورم رخو عجيني ملتصق بالرحم ثم يتعضى هذا الورم و يصلب فيصبح مشابها للورم الليفي و يمتاز عنه بحدوده المحيطية وقوامه ٠

وقد تمتص القيلة الدموية المتكيسة عفواً او تطرأ عليها عوارض ناجمة من لجم ندبية ٠ واذا لم تهجع النوب المؤلمة وخيف من تكرر الانزفة كان الافضل ربط الذنب ٠ ولا حاجة الى الانتظار مدة طويلة لاجراء العملية ٠

وقد يكون جيب القيلة الدموية مدوراً في بعض الاحيان فيشابه بمنظره منظر الكيس ولكن ليس لهذا الجيب غشاء خاص ٠ وقد يخرق الجراح المثانة او الامعاء اذا حاول تسليخ الورم فعليه ان يستقصي فيه و يستأصل القسم المريض منه — المبيض والنفير — ولا حاجة الى استعمال الميكوليس في هذه الحالة بل وضع احفوض ٤٨ ساعة كاف للتحفيض وقد يكون نفير الجهة المقابلة مرتشحاً بالدم وممتلئاً بدم اسود حتى انه قد يخيل ان هناك التهاباً في الملحقات وهذا خطأ فالافضل ألا يمس لان هذه الحالات هي حالة التهاب كاذب في الملحقات لا تستدعي استئصال الرحم ٠

وقد يتعفن المجمع بطريق البوقين او من مجاورته للمعى الغليظ فترتفع الحرارة و يعود المس مؤلما و يصبح المجمع رخواً

ومتى تقيحت القيلة الدموية كانت الواسطة الوحيدة خزع الرتج الخلفي على ان تستأصل الرحم بعد حين

اذن تستدعي المجامع الدموية — ان يسار اليها بطريق البطن والمجامع القيحية ان يسار اليها بطريق المهبل ولربما قلد الحمل خارج الرحم المصاحب للقيلة الدموية الاسقاط فدعا الطبيب الى كشط الرحم فكانت من هذا الخطإ عراقيل وخيمة وازدياد القيلة الدموية

التشخيص — ترتفع الحرارة في اليوم الثاني لتكون القيلة الدموية

واما بعد الاسقاط فلا يقع شيء سوى الانتان

ومتى شعر بكتلة حول الرحم او بجوارها وجب القاء الجرفة جانباً (التهاب الملحقات او القيلة الدموية)

واذا شك في الامر وجب ان يوضع الجليد على البطن فتتحسن الحالة .

سرطان الرحم (Cancer de l'utérus)

العرض الاول نزف طوعي او محدث غير انه من النوع المستمر .

سرطان جسم الرحم : يقع اكثر مما تدونه الكتب فهو يعادل ٢٠ في المائة من سرطانات الرحم وما سرطانات النساء الطاعنات في السن الا من هذا النوع في الغالب .

اسباب الخطإ في التشخيص ثلاثة : اولاً . انزفة الدم التي تصيب الفتيات فمتى اصاب النزف امرأة فتية لم يفكر الطبيب في اصابتها بالسرطان

وقد يصيب السرطان نسوة لهن من العمر ٤٠ عاماً (فيظن ان ذلك ناجم من المرجلات او من اورام ليفية او انقاض مشيمية وقد تكون الحالتان معاً)

ثانياً : جودة الصحة العامة تحول النظر عن الاصابة بالسرطان لان حالة المريضة العامة قد تبقى في السرطان حسنة مدة طويلة من الزمن

ثالثاً — انزفة سن اليأس : تخدع الطبيب فلا ينتبه الى الاصابة بالسرطان ولكن لهذه الانزفة صفة مميزة وهي كونها متقطعة بيد ان انزفة السرطان متصلة

بدء العلة : تبدأ الاصابة بنز نزفي مستمر مختلف الغزارة يزداد على اثر الرض والفحص النسائي والحقن والجماع والسفر وكل ما من شأنه تحريك الرحم . فمتى شكت الانثى هذه الاعراض بعد سن اليأس كانت اصابتها بالسرطان محتملة كل الاحتمال بمعدل تسعة

اعشار الحوادث فاذا بدا العنق سليماً كانت العلة في الجسم

والمفرزات البيضاء قليلة في هذه الحالة على عكس ما يصادف في سرطان العنق ولا تصبح المفرزات نتنة الا متى استولى الانتان على جوف الرحم ولا تبدو هـذه العلامة الا متأخرة وليست ثابتة اما الالم فقد يبدو · وسرطان جسم الرحم هو السرطان المؤلم الوحيد ويكون مؤلما متى ظهرت في باطن الرحم كتل سرطانية واخذت الرحم تتقلص عليها فتحدث القولنج الرحمي المصحوب بألم في القطن وناحية ما فوق العانة · وليست هذه العلامة اكيدة لانها تظهر في ثلث الحالات

حجم الرحم: قد تكبر الرحم ويبدو كبر حجمها ولا سيما متى قوبلت بارحام النساء المسنات الضامرة ·

ولا يمكن وضع التشخيص الا بواسطة واحدة وهي كشط الرحم كشطاً استقصائياً: توسع الرحم وتكشط فتجمع الانقاض على رفادة وتفحص ، الحذر من ثقب الرحم (فمتى ألفت العين منظر البراعم السرطانية سهل تشخيص العلة والافضل ان ترسل الانقاض المشكوك فيها الى مخبر التشريح المرضي ليعين نوعها)

ومتى تقدمت العلة كبرت الرحم وانتشر الداء الى ما حولها والى الخلب · فعاد التوسط الجراحي اذ ذاك مستحيلا وتكون قد ضاعت الفرصة · فوضع التشخيص منذ بدء النزف واجب اذن

وسرطان الرحم الراموزي هو السرطان الذي يستقر في قعر الرحم · ويسير هذا السرطان دائماً نحو جدار الرحم ويندر ان ينتشر نحو العنق ·

يحدث سرطان العنق مستعمرات انتقالية (metastase) الامر الذي يجعل انذار العملية سيئاً على الرغم من قلة النكس الموضعي ·

ويجب ان يميز المرض عن :

التهاب الرحم الشيخوخي : الذي ينجم من انتان غشاء الرحم الشيخة المخاطي (اي رحم ضامرة) ويتصف بمفرزات قيحية وتكون براعم نازة واما اذا كان العنق مغلقاً فتنحبس المفرزات وتتقيح الرحم (pyométrie) وتكبر · ويأخذ القيح يسيل منها متى سبرت بمقياس الرحم · وتشفى هذه العلة بكشط الرحم وبغسلها بضع مرات

التهاب الرحم المرجلي (metrite polypeuse) : يصيب الفتيات والمسنات ويبدو

بمفرزات مصلية دموية و بجسامة الرحم و بألم · يصادف في الارحام المتليفة تشخيصه سهل اذا ظهر المرجل في فوهة العنق والا كان التشخيص صعباً ان لم تكشط الرحم لانه يقلد اذ ذاك اعراض السرطان جميعها بما فيها الخشكريشة ونتن المفرزات ويجب ان يفكر في الورم الليفي المستحيل المصاب بالموات الذي تنقذف منه انقاض نسج مسمرة خاصة

طرق المداواة : اثنتان الراديوم او العملية

يزيل الراديوم البراعم التي استولت على الجدار فينجم من ذلك ثقوب والتهاب الخلب وقد تحدث هجمات سرطانية في امكنة اخرى (استعمار) على اثر المداواة بالراديوم فلا يجوز استعماله في هذه الحالة

وافضل عملية هي استئصال الرحم القسمي اولاً لان هذا الاستئصال اقل خطراً من التام وكاف متى كانت الآفة مستقرة في العمق·

واما الوصول الى العقد المصابة فصعب · واذا بدا من فحص القطعة ان المضيق مصاب وجب تجويف العنق او استئصال الرحم استئصالاً كاملاً (فيكون الطعم قد وقع من جسم الرحم) · ولا يجوز في مثل هذه الحالة ان تلقط الرحم بمقاش موزو الذي قد ينفذ في برعم بل يلقط القرنان و يخشى ايضاً ان يطعم المهبل في المكان الذي قطع به ·

وصفوة القول ان سرطان جسم الرحم سرطان خبيث يستعمر امكنة بعيدة و ينكس ومن السرطان ما هو مشيمي و يدعى الورم المشيمي الابيتاليالي (chorio-épithéliome) وهو ما كان يسمى الورم الساقط الخبيث (déciduôme malin) ·

تسرع هذه الاورام في النمو فتخرق براعمها الاوردة وتحدث صمامات استعمارية و ينمو الورم في الغالب اثر اصابة المشيمة بمرض (الرحى العدارية môle hydatiforme) او اسقاط مر عليه ٢ — ٣ اشهر وتكون الرحم قد كشطت

غير ان نزف الدم يستمر وتكبر الرحم وتنصب منها في فترات الازفة الدم مفرزات غزيرة فتنحل المريضة وتصاب بفاقة دم شديدة · فيثبت التشخيص بالفحص النسيجي ·

واستئصال الرحم بطريق البطن خطر حينئذ وقد يجريه البعض بطريق المهبل واما النجاح فمشكوك فيه لان الاستعمار كثير الوقوع ·

(للبحث صلة)

الجزء ٧ المجلد ٥

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٢٨ م الموافق لمحرم سنة ١٣٤٦

حصاة مثانة في طفل عمره ١٨ شهراً

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

جاء عيادتي يوماً رجل شركسي يحمل على ذراعه ولده نجيباً يستشيرني في امر هذا الطفل الذي يشكو اضطرابات بولية منذ سبعة اشهر . فيكون عمر الولد اذن حين بدأ يشعر بهذه الاعراض البولية زهاء سنة . وقد افادني ان حالة الولد تشتد يوماً عن يوم وانه لا يتمكن من البول الا بعناء شديد وانه يتألم متى بال و ينثني و يتشنج و يصرخ وانه يبول ١٥ — ٢٠ مرة في النهار ومرتين الى ثلاث مرات في الليل

ويقول الاب ان ولده لم يبل دماً مطلقاً ولم يصب بسلس البول وهو لا يبلل اثوابه الا عند نهاية البيلة . اما حالته الطبيعية فلم تكن جيدة وهو دائماً مقطب الجبين يئن و يبكي ودلائل الألم ظاهرة على محياه .

وصفوة القول : ان هذا الطفل كان مصاباً بعسر البول وألم. و بوالة

نهارية ليلية وسوء الحالة العامة ٠

ومما يذكر في سوابق المريض الصغير ان والدته حملت حين كان عمر رضيعها ثلاثة اشهر ففطمته وغذته منذ ذلك الحين تارة بلبن البقر وطوراً بلبن الماعز او الغنم

وقد افادت عمته انهـا كانت تتألم من ناحيتها القطنية وان ألمها استمر سبع سنوات ولم ينته الا بعد نوبة شديدة القت في اثنائها حصاة بحجم الابهام وفي هذا ما فيه من الغلو عن حجم الحصاة غير ان التاريخ الطبي يذكر شيئاً من هـذا النوع ٠

وقد روى اهل الطفل ان في قريتهم ولدين صغيرين استخرجت لهما حصاتان من المثانة واحدها في السنة الثالثة من عمره والاخر في السنتين والنصف ٠

كل هذا حملنا على تشخيص حصاة المثانة ٠ غير اننا لم نتمكن من حمل الولد على البول وهو في عيادتنا لنتحقق منظر بوله وقد اجرينا المس الشرجي فشعرنا بان المثانة بارزة في الشرج ولم نشعر بحصاة لان تقلص بطن المريض تقلصاً شديداً منعنا عن ان نثني جداره على الاصبع المدخلة في الشرج ٠

ولم نلجأ الى الاستقصاء بالقاثاتير المعدني لاننا فضلاً عن الصعوبة التي كنا ننتظرها في قثترة ولد متقلص كنا على ثقة باننا سنضطر في النهايـة الى الرسم الشعاعي اثباتاً للتشخيص ولهذا بدأنا به وقد رسم الولد فاظهر الرسم ان في المثانة حصاة كبيرة ٠

العملية : أُجريت في ٢١ تشرين الاول سنة ١٩٢٧

التخدير بالايثير و بقناع امبردان

المثانة لا تضبط السائل الذي تحقن به ·

أُجري شق خثلي ورفع الشحم امام الخلب وسئل معاون ان يحقن المثانة بماء مغلى ثم بزلت المثانة بالمبضع وشق جدارها بين منقاشي كوهر حسب الطريقة التي يشير بها امبردان وشق اغشاء المخاطي الذي لقط بمنقاشي شابو حتى محاذاة الشق العضلي في العالي والاسفل ، وادخل منقاش بيّان عوضاً عن ماقط الحصاة لمسك الحصاة واخراجها فلم يسمع حس معدني ناشيء من ملامسة المنقاش للحصاة بل جلّ ما كان منه انه ادمى الغشاء المخاطي الذي كان محتقناً ، فادخل حينئذٍ الخنصر بعد نزع القفاز في شق المثانة الصغير وشعر بالحصاة التي كانت مختبئة في القسم الخلفي العلوي من المثانة فحررها وجاء بها الى محاذاة الشق ثم استخرجت بماقط بيّان وخيطت المثانة طبقتين بابرة رفردن رقيقة جداً وترك فيها مسبار ماليكو رقمه ١٦ وخيطت الطبقة العضلية الصفاقية خياطة رخوة وخيطت بعدها الطبقة الجلدية بشعر فلورنسة ·

ثم وضع الطفل في سريره وربطت قدماه ويداه كما يربط الضفدع حذراً من ان ينزع مسباره المثاني

عواقب العملية المباشرة : حسنة ، الحرارة طبيعية ، البول صافٍ وندب الجرح سار سيراً حسنا حتى انني في اليوم الخامس اي في ٢٧ تشرين الاول نزعت مسبار المثانة الخثلي وجربت ان اضع مسبار نالاتون في الاحليل · فلم يجرِ البول من هذا المسبار بل كانت النتيجة ان الطفل كان يتحرك فأفضت حركته الى انفراج القسم العلوي من الجرح الخثلي ثم بدت في الايام المقبلة اعراض التهابية حذاء الجرح فاعيد مسبار ماليكو في ٣٠ تشرين الاول ولم ينزع الا في

٨ تشرين الثاني ·

ووضع مسبار نالاتون في الاحليل فلم ينصب منه البول فاستبدل بمسبار صمغ ولا هذا انصب منه بول ايضاً بل كان البول جميعه يسيل من الفوهة الخثلية دون ان يحدث ضرراً هذه المرة و بقيت الحال على هذا المنوال حتى ١٢ تشرين الثاني اذ بدأ البول بالسيلان من المسبار الاحليلي غير انه كان ينقطع احياناً وكان يكون الجرح الخثلي بنترات الفضة واخذ البول المنصب منه ينقص يوماً فيوماً لان الفوهة كانت تضيق وقد نزع المسبار في ٢١ تشرين الثاني فبدأ المريض منذ ذلك الحين يبول عفواً اي بعد العملية بشهر ·

ثم ترك الطفل المستشفى في ٢٣ تشرين الثاني وحالته حسنة ·

اما الحصاة التي استخرجت فكانت مزيجاً من حماضاة الكلس وحامض البول وكان وزنها غراماً و٧٠ سنتغراماً وطولها ١٨ ملمتراً وعرضها ١٣ ملمتراً ·

····

ان في هذه المشاهدة فائدة كبيرة لان عمر الطفل حين بدأت اضطرابات بوله الدالة على ان حصاة في مثانته لم يكن تجاوز السنة والتاريخ الطبي لا يروي الا القليل من هذه المشاهدات

وحصى المثانة في الاطفال كثيرة في سورية فان شعبتنا الجراحية تستخرج في السنة ٧—٨ حصاة ولعل المستشفيات الاخرى الثلاثة في المدينة الفرنسي والانكليزي والطلياني تستخرج ثلاثة اضعاف العدد الذي نستخرجه هذا عدا الحصى التي يستخرجها الجراحون خارج المستشفيات · فما هو السبب في كثرة هذه الحصى يا ترى ؟ هل يجب ان ننسبه الى الماء ام الى المتحولات ؟ ولكن

الاولاد الاور بيين الذين يقطنون سورية لا يصابون بالحصى اكثر مما يصابون بها وهم في اوربة · لا ينكر ان الاوربي يصنع جهده متى كان الامر مستطاعاً لكي يشرب ماء غير الماء الذي يشرب به السوري الا انه يستنشق كالسوري الاغبرة نفسها · ولماذا لا نرى الا نادراً التهاب الزائدة في السوريين ولا نكساً في المصابين بالحصى ؟

اما التشخيص فاقول فيه ان مس الشرج والاستقصاء بالمسبار المعدني او الصمغي وسائط لا يركن اليها الا متى كانت الحصاة جسيمة والولد كبيراً ، واما متى كان الولد صغيراً فان صعوبة البول والالم والبوالة مع خروج بضع قطرات من الدم في اخر البول وظهور السلس وان نادراً تكفي للتشخيص الذي يثبته الرسم الشعاعي وبما ان الرسم الشعاعي امر لا مندوحة عنه للجزم في الامر ولا سيما لمعرفة حجم الحصاة فالافضل ان يبتدأ به على ما ارى متى رأينا ولداً يتألم وكان فحصه مستصعباً

اما طريقة العملية فاقول فيها انني لم اعد املأ المثانة قبل الشق الخثلي لان تخمين سعتها مستصعب فهي اما ان تبقى ناقصة فيستصعب اجراء العملية او ان تمتلىء جداً ثم تنفرغ قبل الوصول الى خزع المثانة · وربط القضيب برفادة لا يتحمله احليل هولاء الصغار · ولهذا فضلت ان يشق الجلد والطبقات التي تليه حتى الشحم امام الخلب وبعد ان يرفع هذا الشحم يسأل احد المعاونين ان يحقن المثانة بماء مغلي او بمحلول اكسي سيانور الزئبق فيرى الجراح بعينيه ان المثانة تتسع وتبرز ، فما له الا ان يأخذها بمنقاتي كوهر او شابو ويبزلها بالمبضع ثم يكمل شقها ، ويجب ان يثابر المعاون على الحقن ما زال الجراح لم يكمل شق المثانة

والا هرب الغشاء المخاطي امام المبضع وانسلخ عن الطبقــة العضلية فمتى اراد الجراح ان يفتش عن الحصاة مرّ بين الغشاء المخاطي المنسلخ والطبقــة العضلية ولم يجد الحصاة فاذا حدث له هذا وجب ان يعود المعاون الى الحقن ليرى ثقب الغشاء المخاطي و يوسعه لان الماء ما زال يخرج من الجرح يدفع الغشاء المخاطي الى الخارج فتطفو حافتاه فتمسكان بمنقاش و يوسع الشق بالمبضع او المقراض حسب مقتضى الحاجة

والتفتيش عن الحصاة بملقط الحصاة او بالمنقاش الذي ينوب عنه لا يجدي نفعاً متى كانت الحصاة صغيرة او مختبئة في قرن او في احــدى ثنيات الغشاء المخاطي بعد ان تكون المثانة قد عادت الى حجمها لانفراغ الماء منهــا واذا اصرّ الجراح على التفتيش بمنقاشه رض الغشاء المخاطي المحتقن المتعفن وادماه فيجب والحالة هذه ان يدخل اصبعه مفتشاً عن الحصاة لان الاصبع تجــد الحصاة ولا تدمي الغشاء المخاطي

وقد رأيت بعد الاختبار ان خياطة المثانة خياطة تامة بعــد وضع مسبار نالاتون في الاحليل امر يجب الاقلاع عنه ولعل الاغلاق مسلم به متى كان الولد كبيراً اما متى كان طفلاً فان الاغلاق املاً بتقصير زمن الندب يوقع في الندم سواء اكان السبب اهمال ملاحظة المسبار لان الممرضات لم يعتدن هذه الاعتناءات الدقيقة التي تتعلمها ممرضات شعبة مسالك البول ، او كان عناد هولاء الاطفال او عجز المسبار عن القيام بوظيفته حق القيام لانه يبدل مقره فينحبس البول في المثانة عوضاً عن ان ينصب منه و يرتشح بين طبقات جدار البطن فتلتهب وتظهر الاعراض العامة فيضطر الجراح الى قطع الخيوط والعودة الى التحفيض

من الناحية الخثلية وبما ان الامر ينتهي بالتحفيض الخثلي فالاجدر بنا ان نبتدىء به لان الابتداء به لا يضيع وقتنا كما يظن البعض ولكنه يكسبنا وقتاً · وانني احفظ ايضاً الخلاء امام المثانة بخصلة من شعر فلورنسة واتركها فيه ٤٨ ساعة واخرجها من اسفل الجرح ·

ولا يجوز نزع مسبار ماليكو من طرف الجرح العلوي الا بعد ان يكون الجرح قد اندمل جيداً اي بعد ٨–١٠–١٥ يوماً حسب الحالات ولا وضع مسبار في الاحليل الا في ذلك الحين · فاذا لم يقم مسبار الاحليل بوظيفته خرج البول من فوهة خثلية قد ندبت اطرافها فلم يعد خوف من ارتشاح البول في جوانبها · ولا يشفى المريض شفاءً تاماً قبل ٢٠ - ٣٠ يوماً غير ان شفاءه يكون اكيداً

فاذا روعيت هذه الشروط كان استئصال الحصى المثانية في الاطفال مهما كانت سنهم عملية لا خطر فيها واذا لم تراع كان اغلاق المثانة منذ البدء اغلاقاً تاماً مدعاة الى عراقيل جمة خطرة ولا سيما متى كانت حالة الولد العامة متأخرة كما هو الامر في اكثر الاطفال الذين يؤتى بهم الينا

....

هذه هي الملاحظات التي رأيت في سردها فائدة للقراء الكرام



عرض التهاب الطبقة السنجابية الدماغية تحت الحاد

مع وهن فائق منشأه مضيقي شوكي تال للضنك [١]

للحكيم توابو استاذ السريريات الباطنة وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يسرنا ان نذكر اليوم عرقلة من عراقيل الضنك وهي اصابة نوى ملتقى الدماغ السنجابية في سياق هذه الوافدة ·

ولهذه المشاهدة فائدة كبيرة بالنسبة الى السبب المحدث لانه قلما يحدث مثل هذه العراقيل وبالنسبة الى العلامات العصبية لان هذا العرض الذي شاهدناه فيه شيء من صفات التهاب الطبقة السنجابية الدماغية الحاد المنتشر وشيء من صفات الوهن الفائق الناجم من البصلة والحبل الشوكي ، نموذج ارب غولدفلام (Erb-Goldflam)

أُصيب مريضنا في سياق وافدة ضنك شديدة الوطأة انتشرت في سورية الصيف الماضي بهذا الداء الذي لم يترك بيتا الا دخله ولا اسرة الا اصاب اكثر افرادها · فاعتراه كما كان يعتري المرضى الاخرين فجأة وهو متمتع بصحة حسنة صداع شديد للغاية ووهن عام ودوار وعلت حرارته فبلغت ٣٩—٤٠ وأُصيب

(١) نشرت في المجلة العصبية جزء نيسان سنة ١٩٢٨ بعد ان قدمت الى جمعية الامراض العصبية في باريس ·

بآلام مفصلية ولا سيما في ركبتيه حتى انه كان يشعر انهما تنسحنان وهذه الصفة من صفات الضنك المميزة التي سمي من اجلها بابي الركب

ثم ظهر النفاط النموذجي الحصبي الشكل على الجسد جميعه محترماً الوجه والاغشية المخاطية وطرق التنفس الامر الذي يعلل لنا خلو المريض من الزكام وسيلان الدمع والسعال واعراض النزلة القصبية والاعراض الرئوية ويسهل تمييز هذا الداء عن الحصبة وهي قليلة في سورية · وقد سار المرض سيراً حسناً لان الحرارة سقطت بعد ثمانية ايام والنفاط امحى وهذه هي القاعدة غير ان وهناً متزايداً في عضلة الاجفان المدارية استمر ثابتاً جرياً على هذه القاعدة نفسها فلم يكن المريض قادراً على اغلاق عينيه الا بصعوبة شديدة وكان يشتد هذا الخذل اشتداداً تدريجياً حتى ان ضغط الاصبع للجفن العلوي اصبح ضرورياً لجره واغلاق العين حين النوم · وعلى الرغم من كل هذا كانت تبقى العين منفتحة بعض الانفتاح في اثناء النوم · اما حركات المقلة جميعها فبقيت طبيعية ، ولم يظهر حول ولا تشوشات حدقية · غير ان المريض كان يجد صعوبة في الكلام وكان يعلم ان سبب هذه الصعوبة ناجم من اللسان والشفتين · وكان تكلمه في الصباح فقط قوياً غير انه كان يشعر بتعبٍ في التكلم بعد ان يكون قد تكلم مدة من الزمن وكان يصعب عليه لفظ الكلمات التي تخرج من فيه مشوشة · وكان الصوت ذاته انفياً وسمجاً والمضغ منزعجاً · وكانت المواد الطعامية تجتمع بين اقواس الاسنان والشفة السفلى · حتى ان المريض كان يدفعها الى فمه باصابعه لكي يكمل مضغها و يبلعها — اما البلع فكان مشوشاً تشوشاً قليلاً واما النفخ والصفير وغيرهما من حركات الوجه فكانت مستحيلة وكانت

تشاهد من آونة الى اخرى تقلصات ليفية في نصف عضلة الجفن المدارية السفلى الأيمن، وكان اسفل الوجه جامداً بعض الجمود وكان اللعاب يسيل غزيراً والمريض يمسحه دائما عند الصوار (ملتقى الشفتين) الأيمن، ولم تبين لنا معاينة الجهاز العصبي التامة اقل تشوش في الحركة أو الحس او الافعال المنعكسة، وكذلك القول في فحص الاجهزة الاخرى فلم يبدُ لنا فيها الا انخفاض شديد في التوتر الشرياني الذي كان يعلل لنا سبب الوهنين العصبي والعضلي العام وتعب عضلات الوجه واللسان تعبا سريعا ، فقد كان التوتر الاقصى بمقياس باشون ٥،٥ والتوتر الادنى ٨

ولم تكن في ماضي المريض سوابق زهرية ولم يظهر من معاينة السائل الدماغي الشوكي من الوجهات الكيماوية والخلوية والحيوية اقل تبدل فيه ولم نتمكن من اجراء تفاعلات الاعصاب والعضلات الكهربية لان الوسائط كانت مفقودة وقد وصفنا للمريض كميات كبيرة من الكظرين (ادرنالين) والستركنين فاخذت التشوشات العضلية في الجهة اليسرى من الوجه بالزوال سريعا ولا سيما الخذل الوجهي وعاد الصفير والنفخ احسن والكلام أسهل ولفظ الاحرف الشفوية اوضح وقد زال الصوت الانفي ونقص الريل وعادت العين اليسرى قادرة على الانغلاق انغلاقا تاما ، وكل هذا التحسن بعد بضعة ايام ، غير ان التشوشات استمرت في منطقة العصب الوجهي الايمن لان المريض لم يستطع اطباق عينه اليمنى وكانت علامة شارل بل (Charles Bell) واضحة كل الوضوح وكان الفم منحرفا انحرافا قليلا الى اليسار حتى ان من رأى المريض للمرة الاولى وكان يجهل ما اصابه لم يكن يتردد في تشخيص لقوة تامة من النموذج العضلي مع تغلب الوجهي العلوي ، وهذا هو التشخيص الذي وضعه

اطباء بيروت الذين استشارهم المريض بعد حين ، في ذلك الوقت الذي كانت به حالة المريض قد تحسنت ووهنه قد زال وتعبه قد خف غير ان توتره الشرياني كان لا يزال منخفضاً على الرغم من تحسنه بعض التحسن .

. . . .

ان تشخيص السبب واضح لا يحتاج الى مناقشة لان هذا العرض ظهر في سياق وافدة الضنك وفي سياق ضنك اصاب المريض ولسنا نرى حاجة الى الشك في التهاب الدماغ النومي لان هذا المرض لا اثر له في دمشق الان ولان معاينة السائل الدماغي الشوكي اثبتت انه طبيعي ولان داءه لم يترك عقبولاً ثابتاً ولان لقوته قد شفيت تمام الشفاء .

. . . .

لسنا نجهل ان الضنك قلما يحدث عراقيل عصبية من هذا النوع . وان هذه العراقيل العصبية هي من صفات الضنك الكاذب جرياً على تسمية روجرس (Roggers) ذلك الضنك الذي يمتاز عن ضنك شواطئ البحر المتوسط بخلوه من النفاط وبكونه من الحميات الاجنبية ومن الامراض الفصلية التي تنتقل بالكولكس او البعوض الارقش (الستاغوميا) وبظهوره في انحاء اخرى من الكرة الارضية : في الهند وشاطئي الاتلانتيك .

. . . .

فهذا العرض الذي شاهدناه هو اذن مما يستلفت الانظار لانه نادر ولان العلامات العصبية فيه تعود الى عرضين عصبيين يمتاز احدهما عن الاخر كل الامتياز وهما : التهاب الطبقة السنجابية الحاد (polioencéphalite aigue) والوهن

البصلي الشوكي (myasthénie bulbo-spinale) · فان التهاب الطبقة السنجابية يعلل لنا خذل اللسان والشفتين والحنك الذي ينم به تشوش الكلام والبلع والمضغ والريل وخذل مدارية الاجفان والارتعاشات الليفية في منتصف المدارية واللقوة من النموذج النووي التي استمرّت طويلاً كعقبول للمرض ·

· · · ·

وعرض ارب غولدفلام يعلل لنا تعب العضلات ووهنها وازدياد الخذل متى نشطت العضلات الى عملها وقصور الكظر الواضح الناجم منه هذا الضعف العضلي والوهن الشديد العام وانخفاض التوتر انخفاضاً غير مألوف· وان انخفاض التوتر الشرياني الى حدّ قلما يصادف في السريريات هو كثير الحدوث في الضنك · فهو الذي يهب المرض والنقه الطويل صفته المميزة كما بين ذلك الحكيم الفرد خوري · ولهذا لم نعجب لاننا صادفناه وبه نعلل تعليلاً سهلاً الوهن الفائق المضيقي الشوكي الذي شاهدناه · وليس في اصابة النوى المضيقية المحدثة لالتهاب حقيقي في الطبقة السنجابية ما يعجب لان الضنك آفة عاملها المرضي راشح على ما يرجح وما من يجهل ما بين المادة السنجابية والجراثيم الراشحة من المحبة والعلاقة ·

المداواة بالاشعة فوق البنفسجي ونتائجها

في بضع عشرة مشاهدة

للحكيم حسني سبح رئيس السريريات الباطنة

تمهيد

شاعت المعالجة بالاشعة فوق البنفسجي في السنين الاخيرة شيوعاً عظيماً شأن كل مداواة مستحدثة وعم استعمالها شتي الامراض حتى ذهب البعض الى عدها دواءً عاما يركن اليه في سائر الحالات المستعصية على المداواة الاخرى غير ان هذه الفكرة لم تلقَ نجاحا بل اخذت بالافول فانحصر استعمال الاشعة المذكورة في امراض خاصة سنأتي على ذكر بعضها في هذه العجالة مؤيدين ذلك بمشاهدات مرضى عالجناهم في عيادتنا . ان عدد هذه المشاهدات قليل لا يستحق ان يبنى عليه رأي في المداواة غير اننا لا نرمي في سرد هذه المشاهدات الا الى تأييد المشاهدات العديدة التي تنشر المطبوعات الطبية في بلاد الغرب مئات منها والى لفت انظار الاطباء في بلادنا الى فائدة هذه الاشعة والاستفادة بها . ومتى جهز المستشفى العام بالاشعة المذكورة تمكنا من جمع مشاهدات اوفر عدداً واكثر تنوعاً لان مشاهداتنا كلها طبية .

وقبل ان اسرد المشاهدات ارى فائدة في ذكر لمحة موجزة عن صفات الاشعة ف . ب وطريقة المعالجة بها .

معلومات طبيعية :

من المعلوم ان الطيف الشمسي اذا اجتاز موشوراً بلورياً تحلل الى حزمة مرئية مكونة من سبعة الوان : احمر ، برتقالي ، اصفر ، اخضر ، كحلي ، نيلي ، بنفسجي . وفي طرفي الحزمة الضيائية المرئية حزمتان غير منظورتين احداهما بعد اللون الاحمر وتعرف بالاشعة تحت الاحمر (infra-rouge) وتتصف بصفات حرورية كما يتضح من ادناء المستحر (ترمومتر) منها . والثانية بعد اللون البنفسجي وتعرف بحزمة الاشعة فوق البنفسجي (ultra-violet) تتصف باوصاف كيماوية لانها تؤثر في ملاح الفضة في لوحة التصوير الشمسي . اما الحزمة المرئية فليس لها صفة حرورية ولا كيماوية بحتة بل يشترك تأثيرها بين هاتين الخاصتين .

وتمتاز الاشعة من الوجهة الطبيعية عدا الخواص التي ذكرناها بطول الموجة اي تكرر اهتزازاتها ، فكلما كثرت سرعة الاهتزازات قصر طول الموجة والعكس بالعكس . فالاشعة ف . ب . ذات موجة ضيائية قصيرة تقدر بـ ١٨٥٠ الى ٣٣٠٠ انغوستروم (angostrom) (وهو جزء من عشرة آلاف جزء من الميكرون) بينما الاشعة تحت الاحمر ذات موجة طولها من ٨٠٠٠ الى ٦٠٠٠٠٠ انغ . واشعة الطيف المرئي طول موجاتها ٣٣٠٠ و ٨٠٠٠ انغ .

فالشمس تبعث الينا بهذه الانواع المختلفة من الاشعة المرئية وغير المرئية ولا تصل الينا جميعها بل تمنعها الرطوبة والغبار والدخان فتعود الفائدة من المداواة الشمسية قليلة في المدن لوقوف قسم كبير من الاشعة فوق البنفسجي وامتصاص العوائق المذكورة لها ناهيك عن اختلاف كميتها في الفصول المختلفة من السنة وفي الاوقات المتنوعة من النهار مما دعا الاطباء الى ارسال من يفيدهم الاستشماس

من المرضى الى اقليم جاف مرتفع لتجنى الفائدة من الاشعة فوق البنفسجي الطبيعية وان صعوبة الحصول على اشعة الشمس المفيدة وتنظيم شدتها دعا العلماء الى ايجاد منبع اصطناعي ينشر الاشعة ف . ب .

المنبع الاصطناعي للاشعة ف . ب .

تكون الاشعة فوق البنفسجي في شتى المصابيح الكهربية مختلطة بغيرها من الاشعة التي توءذي او لا تفيد .

يستعمل في المداواة الشعاعيـــة نوعان من المصابيح : المصباح ذو القوس الفحميـــة (lampe aarc en charbon) والمصباح ذو القوس الزئبقيـــة (lampe à arc en mercure) وهو من الكوارتز (quartz) الشفاف مفرغ من الهواء وفيـــه كمية من الزئبق تتبخر بتأثير الحرارة الشديدة المتكونة من التيار الكهربائي فيه فتكون ابخرتها قوساً مضيئة تنشر كمية كبيرة من الاشعة ف . ب . وهذا المصباح هو الاكثر شيوعاً لسهولة استعماله وتنظيمه وهو ما عولنا عليه في مداواة مرضانا . وقوتـــه الضيائية ٣٥٠٠ شمعة .

طرز المداواة

لم نستعمل الاشعة ف . ب في المداواة الموضعية لاعتقادنا بقلة فائدتها فكل المعالجات التي اجريناها معالجات عامة يتعرض فيها جسم المريض كله للاشعة ما خلا الوجه الذي يستر بغطاء ابيض حفظــاً له من الاسمرار . وتوقى العينان بمنظرات (عوينات) خاصة لا تنفذ فيها الاشعة ف . ب لان هذه توءثر تأثيراً سيئاً في العينين فتلهب الملتحمة التهاباً وخيماً ومستعصياً على المداواة .

تجرى المعالجة والمريض مضطجع على منضدة مستورة بغطاء ابيض يعلوها

المصباح ذو القوس الزئبقية وهو عمود عليها وتكون المسافة بين المصباح والمنضدة زهاء متر في الجلسة الاولى اذا كان المريض طفلاً و ٠،٩٠ سنتمتراً اذا كان كهلاً وتنقص المسافة المذكورة تدريجياً ٣-٥ سنتمترات في كل جلسة حسب تحمل الشخص ومدة الجلسة . يبدأ في الجلسة الاولى بست دقائق ثلاث على السطح الامامي وثلاث على السطح الخلفي من البدن . ثم تزاد كل جلسة زيادة تدريجية ٣-٥ دقائق حسب تحمل الشخص ايضاً . اذن يبتدأ بالمداواة والمصباح على علو متر او نصف متر والزمن لا يتجاوز ست دقائق ثم تنقص المسافة تدريجياً وتزاد المدة بالنسبة نفسها حتى يصل ارتفاع المصباح الى ٦٠ — ٥٠ سانتمتراً والمدة الى نصف ساعة او ساعة حسب نوع المرض

ان اقل مدة استعملناها كانت ٢٠ دقيقة للاطفال وساعة للكهل واقصر مسافة وصلنا اليها كانت ٥٠ سنتمتراً و٤٥ دون تمييز بين الطفل والكهل

واما عدد الجلسات فهو جلستان او ثلاث جلسات في الاسبوع ولم نستعمل اكثر من ذلك ويوصي البعض بجعل الجلسات يومية غير اننا لم نر حاجة الى ذلك بل كنا نكتفي بجلستين في معظم الحوادث . وكثيراً ما كنا نضطر الى جعل الفاصل بين الجلستين الاولى والثانية ٤-٥ ايام بسبب ظهور الاحمرار (érythème) الذي كنا ننتظر زواله قبل عرض الشخص لاشعاع آخر

لا يشعر الشخص في اثناء الاشعاع بشيء ما بل كثيراً ما يأخذه النعاس ويقبل الاطفال عليه بكل ارتياح وبلا تذمر

هذا في اثناء الجلسة واما بعدها فان الحالة تبقى كما هي اربع او خمس ساعات من التعرض للاشعة فيظهر حينئذ احمرار مع وخز وحكة شديدة في بعض الاحيان

تمنع الرقاد في اليوم الاول . ثم تخف الاعراض المذكورة في اليوم التالي وتزول تدريجياً بعد عدة ايام .

ويجتنب تعريض من تعتريهم هذه العوارض للاشعة قبل زوالها زوالاً تاماً وتجعل مدة الجلسة الثانية كالجلسة السابقة ليعتاد المريض الاشعة فلا تظهر فيه العوارض المذكورة شديدة كالسابقة واذا احتمل الجلسة الثانية حسناً زيدت شدة الاشعاع بانقاص المسافة وزيادة زمن التعرض .

يتلو الاحمرار المذكور اسمرار اشده في الاماكن التي تقع عليها اشعة المصباح عمودية ويعد بعض المشتغلين بالاشعة ف . ب هذا الصباغ علامة دفاع العضوية ازاء الاشعة المذكورة. وينظرون اليه كعقبة او حاجز يمنع الاشعة عن النفوذ واننا نرجح ما ذهب اليه جمهور آخر من الشعاعيين وهو ان هذا الصباغ لا يقي من الاشعة ف . ب لان الاحمرار يظهر في الامكنة المعرضة لها والتي يسترها هذا الصباغ وقد اثبت غليوم (Guillaume) ان الاصبغة المذكورة تستقر تحت الأدمة والآفات الناتجة من الاشعة واقعة فوقها

ومهما يكن الامر فان هذه الاصبغة تزداد شدة كلما كثر التعرض للاشعة ف . ب حتى يصبح جسم المريض كله اسمر ذا لون خاص . واذا لم يوقَ الوجه من الاشعة المذكورة اسود ايضاً ولذا يستر بغطاء ابيض .

ومما لاحظناه في اثناء مداواتنا ان هذه الاصبغة تظهر في الكهول اكثر من ظهورها في الاطفال وهذا يؤيد الفكرة القائلة بتأثير الاشعة في الغدد ذات الافراز الداخلي وعلاقتها بهذه الاصبغة .

النتائج الخلقية (الفسيولوجية): للاشعة ف · ب تأثير بيّن في الاعضاء والاخلاط يعزوه البعض الى تأثيرها في النهايات العصبية الواقعة على سطح الجلد التي تنقل تأثيرها الى الاعضاء الداخلية فتنشط خاضعة لفعل انعكاسي وينسبها البعض الاخر الى فعل الاوزون الذي ينتشر في اثناء المداواة وفريق آخر الى تأثير الاشعة في الاوعية الدموية السطحية تؤثر الاشعة في المصابين بفاقة الدم فترفع كمية خضاب الدم وتزيد عدد الكريات الحمراء (المشاهدة ١٣) بعد عدة جلسات وقد ذكر ماير (Meyer) ان هذه العناصر تنقص في الجلسات الاولى ثم تظهر كريات فتية في الاوعية المحيطية ويزداد عدد الكريات الحمراء. اما الكريات البيضاء فلا تتأثر تأثراً بيناً الا ان الكريات البلغمية منها تزداد كما ذكر بعضهم.

وذكر روثمن (Rothman) انخفاض التوتر الشرياني لتوسع اوعية الجلد الشعرية على ان بعض الاشخاص لا تؤثر الاشعة في توترهم.

وللاشعة ف · ب تأثير في التغذية العامة بالتحول الذي تسببه في الدم فقد ذكر ان الاشعاع الشديد يحول حامض الحماض الى (CO_2) وماء فتنقص كمية حامض البول وحامض الحماض مما دعا الى استعمال الاشعة في المصابين بالحرض ولا سيما بالنقرس. وتجنى فائدة جليلة من تأثير الاشعة ف · ب في تطور (métabolisme) المواد المعدنية تأثيراً جيداً في الحالات المتصفة بنقص المواد الكلسية كالخزع (الراخيطس) وداء التشنج (spasmophilie) (المشاهدتان ٨٥ و٢٧) اذ تزداد كمية هذه المواد في الدم بعد التعرض للاشعة ف · ب فقد ذكر لانه (Lesné) ازدياد الكلسيوم في الدم بتأثير الاشعة من ٧٠ مليغراماً الى

١١٦ مليغراماً وهو الحد الطبيعي

ولهذا السبب تؤثر الاشعة في نمو العظام الطبيعي فتسرعه وفي العظام المريضة فتثبت المادة الكلسية فيها ٠

ومن تأثير الاشعة في الجملة العصبية شفاء التظاهرات الاختلاجية التي تطرأ في سياق بعض علل الطفولة الاولى

وتؤثر الاشعة في التطور الاساسي (métabolisme basal) فتزيد نشاطه وتقوم بخدم جليلة في الامراض المتصفة باختلال افرازات الغدد ٠ وسنأتي في الجزء القادم ان شاء الله على ذكر النتائج الدوائية والمشاهدات السريرية

الحكيم حكمة المرادي

فجعت دمشق بفقده وهو من امهر اطبائها واصفاهم سريرة ٠ كان رحمة الله رحمة واسعة في حياته الطبية مثالا اسمى للاخلاق الفاضلة منكباً على العلم والادب نال شهادته الطبية من معهد دمشق التركي وعكف على التخصص بامراض الجلد والامراض الزهرية فكان له فيها اليد الطولى وقد احب لغة الضاد منذ صغره وجد في تنقيح الكلمات الطبية العربية المستعملة في اللغة التركية وهي كثيرة فانشأ مقالات ضافية في جريدة « الصحة العمومية » التي كانت تصدرها ادارة الصحة سنة ١٩١٨ وفي سواها من المجلات وشرع اخيراً بنقل كتاب الطب الشرعي التركي لمؤلفه الحكيم رصفي الى اللغة العربية غير ان الاجل لم يمهله لاتمامه فلم تصدر منه الا ثلاثة اجزاء ولم يشفق على اسرته ولا على الطبابة التي فقدت فيه عضواً من أنبل اعضائها ٠ اسكنه الله فسيح جنانه وعزى قلوب اسرته الاسيفة ٠

م ٠ خ ٠

الضنك (ابو الركب) والبعوض

لم ينقطع سير المناقشة في الضنك وطريقة انتقاله بين الحكيم الشيخ امين الجميل امين سر جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت ورئيس انشاء هذه المجلة الحكيم مرشد خاطر واننا ابراراً بوعدنا السابق ندرج في مجلتنا ما نشرته المجلة الطبية العلمية في بيروت ليطلع عليها قراؤنا الكرام «المجلة»

رد الحكيم الشيخ امين الجميل — بيروت

(الجواب الثاني على اسئلة واعتراضات جديدة للاخ الحكيم مرشد خاطر)

ان ما يكتبه الاستاذ مرشد خاطر لجدير بكل اهتمام : لان الاخ حقيق بفائق الاجلال لعلومه الوافرة واخلاقه السامية ، ولان الموضوع ذو شأن خطير وعليه رأينا من الواجب العلمي والوطني والتهذيبي ان نسطر الجواب الاتي وهو الثاني ، عسى ان يوصلنا الى الحقيقة او يقرّبنا منها ، كما تمّ الى الان بما سبق من المناظرة اللذيذة التي لم نزل فيها ونحن على أمل اتمامها في هذه المرة

١ — قال الاستاذ الدمشقي : « فلو كان الضنك كالبرداء لكان ظهوره في صيف كل سنة امراً متحتماً لان البعوض ينقف كل سنة الخ»

ـ ان من المعروف في الاوبئة منذ القديم ان الجدري او الكوليرا او الطاعون او الحصبة اذا دخلت بلداً عمت كل من تعرّض للجراثيم وكان في قابلية لها ، فيشفى من يشفى ويموت من يموت ، ويبقى الباقون في مناعة على الداء او عصمة

منه الى مدة ، قد تطول لعدة سنين . وهذا عينه ما يحدث في مستنبتات المختبرات فان الجراثيم لا تعيش فيها الى ما شاء الله بل يقوم ما كتب عنه اخيراً بسردكا (Besredka) ولاسيما (d'Hérolle) في كلامه عن ذلك الشيء العجيب وهو دون الميكروب وغير المنتظر المسمى (bactériophage) اي مفترس الجراثيم ويهضم كل ما في الكؤوس من الميكروبات . ومعروف انهم اخذوا الان في استخدام هذا المفترس كدواء الكوليرا وغيرها . كما ان للنور والهواء والتفاعلات الكيماوية والزمان تأثيراً كبيراً يؤدي بالجراثيم الى الهلاك ان لم يكن لها على ضد ذلك ظروف موافقة ، اكثر ما تكون في جسم الانسان نفسه . وهي خارجاً عنه لا تعيش الا ساعات او ايام معدودة قليلة

ولذلك اذا جاء البعوض في عام تابع ولم يجد جرثوم الضنك في الدم عجز عن نقله بالطبع

اما البرداء فجرثومها يعيش اشهراً في دم الانسان . ومعروف انه ، قبل اكتشاف الكينين او قبل انتشارها ، كانت البرداء اذا احتلت بدناً تناوبت فيه لسنين عديدة

ومن المعروف اذا نظّف دم قوم من حييوينات البرداء في بيئة لم يبق خوف من البرداء وكذلك اذا عاد جندي الى لندن او باريز من المستعمرات وهو مريض ولم يصادف ناموساً فلا خوف على مجاوريه من نقل المرض اليهم

وبعكسه اذا وجدت الجراثيم وعلى قدر وجودها ، كما تصادف بين المهاجرين الينا من اسكندرونة ومرسين ومكدونيا تلك المحات ، وكان هناك بعوض ، وعلى نسبة وجود البعوض ، كما اتفق في نهر بيروت لوفرة المستنقعات من يوم اخذ

الحصى والرمل لا béton) فهناك البلية العظمى . فكان ان شملت البرداء حتى سمي هذا النهر كجاره « نهر الموت »

وما مثل ذلك الا مثل الكوليرا او التيفية والزحار فاذا كان هنالك غائط مشتمل على الجراثيم الخاصة بهذه الامراض وتلطخت بها الخضراوات المأكولة نيئة و بالخصوص ماء المشروب كما يحدث عادة بعد الامطار او السقي ، فان هذه الامراض المائية (hydriques) تفشو حيث جاء الجرثوم ، ولن تحدث اصابات جديدة متى لم يبق جراثيم او لم يبق قابل لها

ومثل اوضح انما هو حوادث الحرق . فالنار ان لم توقف او تنته لعدم وجود وقود ٍ فهي مشتعلة في كل ما تمسه مما هو قابل للاستعمال

وبما تقدم غني عن بيان لماذا لم نر ابا الركب في كل فصل حار من كل سنة ولا في اعالي لبنان الا نادراً فهو لا يذيع عادة الا قليلاً في الصرود اي على نسبة البعوض ، وهو ولو قل او ندر فهو موجود . ونحن اعرف الناس به لسكنانا بكفيا طبيباً عشرين سنة ينيف وفي العام الماضي في كل لبنان لم يتمكن المصطافون ان يناموا بدون كلات (ناموسيات) كما في العام الماضي لم نذهل عن التفتيش عن سبب انتشار ابي الركب في صرود لبنان وهو ما لم نألفه قط . فوجدناه في ما يأتي :

ان اغلب الاوبئة السابقة منه كانت تصل الينا من مصر عادة في اواخر الصيف او الخريف فلا ياخذ الجرثوم من السواحل بعض ابناء الامكنة العالية حتى يكون برد الخريف قد قتل البعوض فلا يكون للجرثوم قبل في الذيوع بل للحياة لذلك سماه الاستاذ دي برن : المرض « البريد » . اما في العام

الماضي فكانت الجرثومة قد ظهرت باكراً ، ولم ننس انها منذ حزيران فاجأتنا بصدمة عنيفة لشيخ لبنان ، بطريركه الجليل ، وبكرت في الشيوع وتابعت سيرها حتى جاء البرد . وبين يوم وغده وقف المرض فجأة كما في البرداء وسابق اوبئة

٢ً وقد سأل الاخ المناظر : اي هو النوع من البعوضة (المسكينة) ينقل هذا الداء الثقيل ؟ » تأمل هذه اللفظة : « المسكينة » وفيها ما فيها من التحقير والشفقة مع انها «تدمي مقلة الاسد» كما قال الشاعر وكما قال شاعر آخر : « وبعوضةٌ قتلت بني كنعان »

فهاك الجواب وهو من الاستاذ تانون (Tanon) باريس الاختصاصي بامراض البلاد الحارة في ملخصه المطبوع في (العالم الطبي) عن دام ١٩٢٧ قال : (ذاع الضنك في اقاليم كثيرة في هذا العام على غيابه عنها زمناً طويلاً . وذكر عن لسان سولدي ان الوباء ظهر في السودان في اول القيظ (اي مع ظهور الحشرة المسماة (واخز الوريد) : (phlébotome) (السكيت) . وهو قد صادف النوع المعروف بالباتاشي والديبسكوي والمينوتوس

« اما انتقاله بالنوع من البرغش المسمى ستغوميا فقد ايده مورين بناءً على رأي ميغاف وشاندلر وريس من الهند وتجاوز بعض حكماء الفليبين الى القول بان الجرثوم ينتقل حتى الى صغار هذه الحشرات (كذا)

وزاد الاستاذ الباريسي : اني افصل حمى الثلاثة الايام عن الضنك ، وان حمى السبعة الايام ، المعروفة في بعض المراسي ، على ما ذهب اليه اطباء مانيليا نوعٌ من الضنك ينتقل بالبعوض المعروف بالستيغوما . صفحة ٣٢٨ وما بعدها)

ثم قد جاء في الـ(Presse Médicale) عن جلسة لطب الاطفال معقودة في باريز في ٢٨ شباط سنة ١٩٢٨ في بحث قدّمه الحكيم فيراس من اتينا : (ان الاطفال الاكبر سناً أُصيبوا بابي الركب اكثر من صغارهم لان اسرّة هؤلاء مغطاة بناموسيات . ثم اردف : واذا كان الجرثوم لم يزل مجهولاً فناقله معروف فهو على رأي بعضهم الستيغوميا وعلى زعم آخرين البابتاسي ، ذلك على تمييزنا بين حمى الايام الثلاثة وحمى الضنك) (كذا)

وامامي رسالة من الاب دي فرجيل استاذ علم الطفيليات والجراثيم في المدرسة الفرنساوية بتاريخ اليوم ورد فيها : من المثبت الان ان نقلة الضنك البعوض . اما عن صنف الستغوميا فالامر اكيد واما عن الصنف المسمى(culex) فلم يزل تحت الريب . ومن هذه الشهادات يتضح ان اعضاء جمعية بيروت لهم رفاق كرام في هذه النظرية وهذا المذهب

٣ً – ومن دواعي اسفي الكبير ان اخانا مرشداً رأى غمزاً وهواناً حيث اردت اجلالاً واكباراً قد سطرته غير مرة في مجلات اوربا للحارث بن كلدة الذي عرف عمل البعوض في نقل الحمى الف سنة قبل (Roùold Ross) وبطريق منسون الانكليزيين المعاصرن

ولكتاب (علم الصحة) الشرف انه مقروءٌ من الاستاذ فليتفضل بنظرة الى صفحة ١٥٦ ليرى انا اتينا على ذكر الحارث على مورد الاعجاب ، شأننا في كل حسن مما هو من الوطن . (وكذلك هو شعورنا تجاه الاخ الحبيب)

٤ً – وليسمح لي الزميل الباحث ان اكرر شيئين . اولاً : ان البت بدقة يصعب في مرض لم يزل مجهول الجرثوم مجهريًا . وثانيًا : ان ذيوع الضنك

مطابق الانطباق كله في الزمان والمكان لذيوع البرغش ، وثالثاً : انا في هذه الارجاء لم نصادف نحن قتلاً ولا عمى ولا شللاً كان سبب علتهم بنوع ثابت راهن حمى الضنك . وان اتفق منه حادث (ونحن لم نره) فذلك مما لا يحفل به بتةً لشدة ندرته كأن يصادف منه في المليون اصابة او اصابتان

وليكن ألف وياء رسالتي هذه تحية الاخاء ووافر الدعاء بالوقاية من شر البعوض بل بابادتها عن اصلها ولا اسف عليها



النخامين (hypophysine)

أ — شيلر (A. Schiller)

يؤثر النخامين في عضلة الرحم تأثيراً غريباً فيقلصها بسرعة وقد تزداد التقلصات وتتقارب حتى تعود تقفعاً (contracture) مستمراً وهذا ما يدعو الى الحيطة والحذر في استعمال هذا العلاج لانه يهدد اذا اسيء استعماله حياة الجنين في اثناء الولادة . يبدو عمل النخامين منذ الحقن بـ٠،٠٢—٠،٠٣ سم مكعبة ويجب الا يوصف هذا العلاج الا في دور الولادة الأخير او اذا كان التوليد السريع الاصطناعي ممكناً

يؤثر النخامين تأثيراً حسناً في عاقبة الولادة ويحقن شيلر العضلات بـ٠،٠٢—٠،٠٣ سم مكعبة قبل الولادة بمدة وجيزة ويحقن بعد الولادة بما بقي من الحبابة فتتخلص المرأة بسرعة زائدة وتقذف المشيمة والاقسام الملتصقة بها وتعود الرحم الى صلابتها الطبيعية وتبدو فائدة هذا العلاج ولا سيما في الرحم الواهنة التي قد تنجم من وهنها النزفة خطرة وعمل النخامين حينئذ مفيد اكثر من جميع العلاجات ش . ش .

رد الحكيم مرشد خاطر على الحكيم الشيخ امين الجميل

في المناظرة متى لم يرفرف عليها غير العلم والرغبة في استطلاع الحقيقة لذة وفائدة لا ينكرها احد · وفيها متى زاغت عن هذه الغاية وحادت عن هذه الخطة المثلى ضرر جسيم · وان في المناظرة التي قامت بين حضرة الزميل الفاضل الشيخ امين الجميل و بيني على الضنك وطريقة انتقاله ما لا اقوى على وصف لذته وفائدته لان زميلنا قد اتصف بأحمد المزايا واشرف السجايا فلا عجب اذا رأيت فيَّ دافعاً يدفعني الى متابعة هذا الحوار معه حتى النهاية وراء غاية ارمي و يرمي اليها مناظري الحبيب وهي حلّ هذه العقدة المعقدة و كشف طريقة انتقال ضنك الشرق الادنى ·

· · · ·

وردت في رد الزميل امور لا ارى بداً من مناقشته بها

١ً — يتكلم حضرته عن المناعة الشخصية ليعلل بها وفود الضنك المتقطع كما نشاهده في قطرنا السوري · ولسنا ننكر ان المناعة التي يكتسبها بعض الاشخاص تقيهم غائلة امراض عديدة ومنها الضنك · غير انه اذا حاز بعض سكان هذا القطر مناعة على الضنك فلم يصابوا به فهل يجوز لنا ان نسلم بان جميعهم قد اكتسبوا هذه المناعة بضع سنوات متوالية حتى لم يصب به واحد منهم في اثناء هذه المدة الطويلة بل ظلوا محتفظين بهذه المناعة ؟

واذا سلمنا جدلاً بان جميع من في القطر السوري اللبناني منيعون على الضنك وان العامل المرضي قد تقلص ظله من هذه البلاد حتى لم يعد للبعوض جرثوم ينقله فهل من المسلّم او من المعقول ان يفقد جميع سكان هذه المدن والقرى

دفعة واحدة هذه المناعة وان يتهافت جميعهم الى دفع الجزية لهذا الغازي الشديد الوطأة كما كان الامر في السنة الماضية ؟ ان الضنك في حي باب توما قد اضنك الجميع واضنك كاتب هذه المقالة وجميع افراد اسرته دون ان يستثني منهم واحداً وهو لم يترك بيتاً الا دخله وزاره تلك الزيارة المضنكة وقد كان انتشاره في هذا الحي كانتشار النار لانه كان يظهر في ناحية من ذلك الحي فيدخل البيت تلو الاخر ثم يظهر في ناحية ثانية ومتى ظهر فيها عرف سكان تلك البقعة ان القرعة قد اصابتهم وانه لا مناص لهم من ذلك الضيف الثقيل . اهكذا تتفشى الامراض التي تنتقل بالبعوض ؟ ام ان هذا ينطبق تمام الانطباق على تفشي الامراض الوبائية ان باب توما خصه الضنك بهذه الشدة لانه حي قد تلاصقت بيوته ولان سكانه يتزاورون اكثر من الاحياء الاخرى ولان الشمس لا تدخل بيوته الواقعة على جوانب الطرق الضيقة . ولان مكانه منخفض بالنسبة الى احياء المدينة فيصعب تجدد الهواء في منعطفاته وهو لم ينتشر في حي الصالحية هذا الانتشار الهائل لان الشروط الصحية متوفرة في ذلك الحي ولانها ازعجت ذلك الضيف الثقيل فخنقت انفاسه وليس لان الناموس في باب توما اكثر منه في الصالحية مع ان الامر على عكس هذا فالبعوض في حي الصالحية اكثر بما لا يحد

....

٢ً — واذا كان الضنك ينتقل بالبعوض فعليه ان يزور الفقراء ويتحاشى دور الاغنياء كما تفعل عادة البرداء اقول هذا لان الطبقة المثرية تقي نفسها لدغ الناموس بوسائط عديدة بالشباك الدقيقة التي تستر بها النوافذ والابواب وبالكلل (الناموسيات) التي عمّ استعمالها وبانواع الابخرة التي تقتل هذه الهوام . ولهذا

نرى البرداء مع ظهورها في كل سنة حين نقف الانوفال لا تصيب الا من يتعرضون للدغ هذه البعوضة فهل الكلات والشباك الدقيقة التي تمنع الانوفال من الدخول لا تجرؤ على ايقاف الكولكس او الناموس الارقش (الستاغوميا) ؟ واذا كانت هذه الوسائط قد اوقفت جميع انواع البعوض على السواء فلماذا أُصيب بالضنك في السنة الماضية من تحصنوا بهذه الطرق ؟ فتساوى امام هـذا الوباء الرهيب من يعرضون اجسامهم للدغ الناموس ومن يتقون لدغه مع ان هذه الوسائط نفسها تقيهم البرداء التي لم يصابوا بها منذ وجودهم في دمشق وهي كثيرة في الطبقة التي لا تتذرع بهذه الوسائط ؟

ان في الامر لسراً غامضاً لا نجد الى حله سبيلاً اذا لزمنا دائرة انتقال الضنك بالبعوض

....

٣ — يقول الزميل المحترم ان الضنك اتانا من مصر خلافاً لعادته في بدء الصيف الماضي وانه كان ياتينا منها في آخر الصيف ولهذا كان انتشاره في السنة الماضية شديداً وفي الوافدات السابقة خفيفاً . وفي هذا ما فيه من الدلالة على ان الضنك مرض وبائي لا بعوضي لان الامراض الوبائية التي تنتقل بالملامسة من المريض الى السليم ومن بلد الى بلد بالمسافرين النازحين تتبع هذه الخطة في انتقالها بيد ان الامراض البعوضية امراض فصلية تظهر حين نقف الناموس وفي جميع الاقطار دفعة واحدة . واما استفحال الضنك في السنة الماضية فنجد له مبرراً في وفود الوباء باكراً كما لاحظ حضرة الزميل وفي استكمال الشروط اللازمة لجرثومه المجهول طيلة فصل الصيف لا في كثرة الناموس

٤ً — يورد زميلنا الحبيب مقالاً للاستاذ تانون مدرجاً في العالم الطبي (جزء شباط—اذار سنة ١٩٢٧) مثبتاً به نظريته عن انتقال الضنك بالبعوض . وقد استهل تانون مقاله هذا بما ترجمته « قد غشي الضنك بلداناً عديدة لم يكن يرى فيها منذ زمن طويل كما في افريقية الشمالية » فهذا الضنك الذي يشير اليه هو ضنكنا السوري الذي ظهر في مصر وسورية في الصيف الماضي وانتقل منهما بفضل المسافرين والمواصلات السريعة الى مالطة ومنها الى تونس والجزائر ان البعوض بحرٌ طامٍ في جميع هذه البلدان ينقف في كل سنة وانه ليعجبنا كيف انه لم ينقل هذا الوباء الى سكان هذه البلدان الا في السنة الماضية .

وايراد حضرة الزميل لكلام الاستاذ تانون الذي نصه «اما انتقاله بالبعوض الارقش (ستاغوميا) فقد أيده مورين بناءً على رأي ميغاف وشاندلر وريس من الهند الخ » فليس حجة علينا بل لنا لان الضنك الذي يعنيه تانون هو ضنك الهند او الضنك الكاذب ولان من يورد رأيهم هم الذين درسوا ضنك تلك البلاد لا ضنك البحر المتوسط .

واننا نقر بانتقال ذاك بالستاغوميا والكولكس ولا نجادل في امره احداً بل نحن نجادل في انتقال ضنكنا فقط الذي يختلف كل الاختلاف عن ضنك الهند واسترالية والفليبين لان هذا فصلي يظهر في صيف كل سنة حين نقف البعوض كما تظهر البرداء عندنا وذاك وبائي نفاطي يظهر سنة ويغيب سنوات كما تظهر الحميات النفاطية من حصبة وقرمزية وجدري وسوى ذلك

. . . .

٥ً — يورد ايضاً زميلنا الفاضل لتأييد نظريته ما ورد في جزء ٢٨ اذار

من المطبوعات الطبية الفرنسية عن سولون فيراس من اثينا ·

ويُستدل من وصف هذا الزميل ان الضنك الذي ظهر في اثينا في صيف السنة الماضية هو من نوع ضنكنا نفسه وان هـذا الوباء الذي جاء من مصر وسورية لم يكتف بالانتشار الى افريقية الشمالية ومالطة بـل عمّ بلاد اليونان ايضاً وهذا ينطبق على ما قلناه آنفاً وهو ان هذا المرض النفاطي الوبائي ينتقل من بلد الى بلد كما تنتقل الامراض الوبائية فلا عجب اذا انتشر في الصيف الماضي بعد ظهوره في مصر اولاً ذلك الانتشار الغريب وطرق المواصلات على ما نعهدها بين البلدان ·

اما ما جاء في كلام فيراس «ان الاطفال الاكبر سناً أُصيبوا بالضنك اكثر من الصغار ولربما لان أُسرة هؤلاء تغطيها كلات» فقد اجبنا عنه مطولاً فلو كان للكلات فعل واقٍ لكانت وقت اهل سورية كما وقت اهـل اليونان ولكانت حفظتني واسرتي واسراً اخرى عديـدة لا يصرفون ليلة الا والكلات تغطي اسرتهم · واما ايراده لرأي الآخرين بانتقال الضنك بالبعوض اذ يقول : (ان الجرثوم لا يزال مجهولاً غير ان ناقله على رأي بعضهم الستاغوميا وعلى رأي الاخرين البعوض الواخز للوريد «فلابوتوم») فليس مما يعتد به لانـه يورد آراءً متناقضة فاذا كان البعض يقولون بانتقال الضنك بالستاغوميا ولهذا الرأي دعاة في الهند والفليبين واوسترالية وهم على صواب في ما يعتقدون به ، وله ايضاً نصراء في سورية ومنهم زميلنا الفاضل ظناً منهم ان ضنكنا كضنك الهند فما من احد يقول بانتقال الضنك بالناموس الواخز للوريد الذي ينقل حمى الايام الثلاثة ومع ذلك فقد اورده الزميل الاثيني كأنه رأي مأخوذ به فكيف لنـا ان

نتخذ من كلام كهذا حجة لجلاء ما أُغمض مع اننا شاهدنا في الوافـدة الماضية الوف الحوادث اقدر ما شاهد زميلنا الذي لا يبدي رأياً شخصياً بل ينقـل آراء الاخرين على علاتها كما يراها مدونة في الكتب والجرائد ·

· · · ·

٦ً — يورد اخيراً زميلنا الفاضل ذكر رسالة بعث اليه بها الاب دي فرجيل استاذ علمي الطفيليات والجراثيم في معهد الطب الفرنسي البيروتي جاء فيهـا « انه ما من شك في انتقال الضنك بالستاغوميا اما بالكولكس فلا يزال الامر تحت الريب» ان الاب دي فرجيل مصيب في كلامه اذا عنى به ضنك الهنـد والفليبين واوسترالية ومخطىء اذا عنى ضنكنا السوري ولسنا نظن ان حضرته يعني الا الاول الذي اثبتت اختبارات الاستراليين انتقاله بالستاغوميا والكولكس · فضنك الهند صفحة من التاريخ الطبي وضنكنا صفحة اخرى ومن اراد الجمـع بينهما كان مثله مثل من يجمع بين الثريا والثرى ·

وقد انهى زميلنا الفاضل كلامه بعد ذكره لرسالة الاب دي فرجيل بقوله «من هذه الشهادات يتضح ان اعضاء جمعية بيروت لهم رفاق كرام في هذه النظرية وهذا المذهب » أجل غير ان هولاء الرفاق الكرام يتكلمون لغـة غير اللغة التي نتكلمها فنحن نتكلم عن ضنك الشرق الادنى وهم يتكلمون عن ضنك البلاد الحارة فكل ما يقولونه عن الضنك صحيح اذا عنينا به ذلك الضنك البعيـد وخطأ اذا عنينا به ضنك سورية ومصر · فاذا كنا نرغب في كشف هـذا السر المغلق علينا الاّ ننظر الى ما قال زيد في الهند وعمرو في استرالية وبطرس في الفليبين بل علينا ان نعمل هنا ما من شأنه ان يجلو هذا الامر وان نميز منهـذ

الان تمييزاً حسناً ضنك البلاد الحارة عن ضنك البحر المتوسط واضعين بينهما حواجز جسيمة والاَّ نمزجهما او نأتي حين الكلام عن ضنكنا السوري بما قيل عن ذاك الضنك لانهما مرضان مختلفان كل الاختلاف ولانه ما من باحث بحث عن الضنك الا وقع في هذه الهفوة التي ارجو للزميل الكريم الاّ تعثر قدمه بها بعد الان · فاذا لم يقتنع حضرته بان ضنكنا السوري لا ينتقل بالبعوض فليقتنع على الاقل بانه غير ضنك البلاد الحارة كما اثبت ذلك روجه وغرل وغيرهما من الذين درسوا ضنك تلك البلاد درساً دقيقاً واستنتجوا في النهاية انه يختلف كل الاختلاف عن الضنك الذي يظهر على شواطىء البحر المتوسط فسموه تمييزاً له عنه «الضنك الكاذب» فنكون قد خطونا الخطوة الاولى نحو التفاهم وهي فصل احد الضنكين عن الاخر ريثما يتيسر لنا ان نخطو الخطوة الثانيــة وهي الوقوف على طريقة انتقال ضنكنا كما عرفت طريقة انتقال ضنك البلاد الحارة وعسى ألاّ يكون ذلك الزمن بعيداً ·



آفاق الجراحة

للاستاذ حنا لويس فور

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ما عسانا نرى بعيداً في الافق نحن جراحي هذا القرن الجديد من اعلى القمم التي تسلقناها ·

اننا بلغنا بفضل اساتذة عظام اقتفينا اثارهم و بعد خمسين سنة من الجهاد المستمر و بفضل الصدفة المباركة التي قيضت لنا ان ندخل المعركة بعد باستور استاذ الاساتذة وليستر وتاريه وغيرهم من اساطين الطب الذين اناروا لنا الطريق فسرنا فيه فخورين لا تخشى اقدامنا العثار اننا بلغنا بفضل هولاء الى اقصى درجة من الرقي نطمح اليها الى علو لن نتمكن من اجتيازه لا بل اقول وفي القلب بعض القلق الى ارتفاع لا بد لنا بعده من الانحدار في المستقبل ·

اننا والحق يقال قد توصلنا منذ خمسين سنة ولا سيما منذ ثلاثين سنة ، منذ ذلك العهد الذي اعتاد به الجراحون جراحة البطن منذ ذلك التاريخ الذي اصبحنا به في مأمن من التعفن ، الى اجراء عمليات لم يكن يحلم بها كبار اساتذتنا القدماء

وقد هب الجراحون في جميع اقطار العالم يدفعهم حب العلم والعمل الى اجراء العمليات المتنوعة التي يستطاع اجراؤها على جسد الانسان المسكين على هذا الجسد الذي ترتسم عليه التعاسة والسعادة في آن واحد · ولم يعد امامنا اذا نظرنا الى الطرق الجراحية مجال للتقدم لاننا بلغنا الغاية وان للطرق الجراحية

حداً من الكمال لا يستطاع تجاوزه وقد بلغنا هذا الحد ووقفنا. اننا لا نثم مفصلاً او نبتر عضواً اليوم احسن مما كان يبتره الجراحون الذين تقدمونا لا بل اقول ان من تقدمنا كان امهر منا وابرع غير اننا اليوم نشفي جرحانا بيد أن اسلافنا العظام الذين كان الصديد ملازماً لجروح جرحاهم كانوا يسوقون اولئك المرضى الى موت محقق على الرغم من تفننهم ومهارتهم . اننا نجري اليوم على احشاء البطن: المعدة والامعاء ومجاري الصفراء ومجاري البول واعضاء المرأة التناسلية وعلى القلب نفسه ما كان يجريه اسلافنا على الاطراف . وان وقوفنا على اسباب التعفن والوسائط اللازمة لاجتنابه قد وهبنا القوة لشفاء من يلقي مقاليد امره الينا . وانني واثق كل الثقة ان من سيأتون بعدنا بقرن كامل لا يتقنون الجراحة اكثر مما نتقنها ولكنهم سيعملون اقل مما نعمل .

اننا اذا نظرنا الى السنوات الثلاثين الاخيرة التي مرت رأينا ان الجراحة قد مدت سيطرتها ووسعت دائرتها منتزعة من الطب عدداً من الامراض التي كانت تعالج فيما مضى معالجة دوائية فقط كامراض المعدة والامعاء وطرق الصفراء والرحم والبيضين ولا سيما الذيل الدودي الذي تعادل العمليات المجراة عليه العمليات المجراة على الاحشاء الاخرى جميعها ولكننا اذا نظرنا الى يومنا الحاضر رأينا ان الطب قد هب هبة جديدة وقام يهجوم على الجراحة فاغتصب منها عدداً لا يستهان به من الامراض التي كانت تعالج معالجة جراحية فيما مضى فاذا لم نذكر العدد العديد من آفات العظام والمفاصل ولا سيما ما يصيب الاولاد منها، هذه الافات التي كانت تحصرها الجراحة في نطاقها وهي اليوم تعالج بالاستشماس على رمال الشواطئ او في اعالي الجبال التي تكللها الثلوج ذكرنا

ما تصنعه الاشعة المجهولة واشعة الراديوم من العجائب في شفاء بعض الامراض كورم الرحم الليفي او السرطان . لست انكر ان الجراحة لم تلفظ كلمتها الاخيرة عن هذه الامراض وان الرأي المتغلب لا يزال في جانبها في بعض الاورام الليفية والسرطانات المبتدئة . غير انه ما من ينكر ان لاشعة الراديوم والاشعة المجهولة القدح المعلى في بعض الحالات كما يثبت الاختصاصيون وان هذه الاشعة تشفي الشفاء التام كثيراً من هذه الافات .

فلو ان احداً قال منذ ٢٥ سنة ما اقوله الان عن الاورام الليفية والسرطان لعدّ مجنوناً ذلك لانه يصعب على الانسان ان يقرأ في صفحات المستقبل وان تكهني الان عن المستقبل البعيد يعدّ مغامرة واي مغامرة ومع هذا كله فانني أكمل كلامي لانني استصعب الرجوع

ان الحظ قد خدم الطب خدمة جليلة باعادته الى حظيرته هذين المرضين بعد ان كانا في دائرة الجراحة ولم نكن لنعتقد انه سيأتي يوم به تفقد الجراحة ما كانت تظنه ملكاً ابدياً لها . كيف لا وقد اعتنت الجراحة بهاتين الافتين اعتناءً خاصاً واتقنت عملياتهما الجراحية اتقاناً كبيراً حتى انها كانت تفاخر بهما وتقدمهما مثالاً على ما بلغته من الاتقان والتفنن والعظمة واضعة العمليات الاخرى في الدرجة الثانية .

ولست انكر ان قلوب الجراحين قد اصابتها غصة شديدة حينما شاهدوا تلك الزهرة التي غالوا في الاعتناء بها قد ذوت وحين رأوا ذلك البناء الفخم الشاهق الذين قضوا حياتهم في انشائه وتزيينه قد اندك وانهار كأنه لم يكن وكأنهم لم يعملوا على بنائه حين وجهت اليه اشعة ذلك المسحوق الاسود .

ولكن ما عساه ان يكون الحد الذي سيصل اليه فعل هذه الاشعة وما عسى ان يرى الجراحون الذين سيأتون بعدنا ؟

ليس في طاقة احد ان يقرأ في صفحات المستقبل ما سيكون من امر هذه الاشعة العجيبة وما سيؤدي اليه إتقان هذا الفن وازدياد مقادير الراديوم الذي اصبح الحصول عليه سهلاً . غير اننا نقول ان دائرة الاشعة لا بد من توسعها كلما اتقن الاشعاعيون عملهم وان كل مرض تضمه الاشعة الى نطاقها ستنتزعه من الجراحة .

ومن يعلم ما اذا كان لا يأتي يوم وذلك اليوم ليس بعيداً يغلب به السرطان هذا المرض الفتاك الراعب بمحقنة برافاز لاننا نرى بعض الامراض التي لم تكن معالجتها مستطاعة تشفى سريعاً بالحقن بالمواد الكيماوية الصرفة كملاح الزرنيخ والبزموت التي تتصف بخاصة قتل الطفيليات كما تتصف الكينين بقتل حييوين البرداء دون ان نعرف السر في هذه الخاصة وما من شك في ان السرطان مرض طفيلي ولو كانت معرفتنا الحاضرة قاصرة عن كشف الطفيلي المسبب واظهاره ان هذا الامر حقيقة راهنة لا تقبل جدلاً واذا كان الامر كذلك وهو كذلك فلماذا لا يكتشف الباحثون غداً او بعد عشر سنوات او بعد خمسين سنة هذه المادة الكيماوية التي تقتل طفيلي السرطان كما تقتل الكينين طفيلي البرداء . ان ذلك اليوم سيكون اليوم الذي تتحرر به البشرية من ربقة هذا العدو القاسي، اليوم الذي سيتمجد به ذلك الكاشف العظيم وترفرف عليه السعادة باجنحتها اقول السعادة غير ان السعادة لن تضل طريقها ولن تصل الى ابناء المخابر ولكن ذلك اليوم سيكون يوم الانتصار الخالد . في ذلك اليوم تفقد الجراحة من خطيرتها ما هو

سبب عظمتها الحاضرة .

ولا يقف الامر عند هذا الحد لان عدداً من التعفنات المتنوعة تستدعي اليوم المعالجة الجراحية : السل ، والتعفنات الالتهابية التي تحتل اعضاء المرأة التناسلية . غير ان المختبرين لم يقفوا مكتوفي الايدي امام هذه العفونات حادة كانت ام مزمنة بل شمروا عن ساعد عزيمة لا تعرف الكلل فكشفوا كثيراً من اللقاحات والمصول فكان بعضها واقياً يمنع الافة من الظهور و بعضها شافياً وان مستقبل هذه اللقاحات والمصول غامض يصعب على المرء ان يقرأ فيه . غير ان هذه الطرق طرق دوائية صرفة اوجدها الباحثون بعد ان ساروا على الطريق الذي فتحه باستور العظيم امامهم وتغلبوا على كثير من الامراض اواتقوها : الذباح (الدفتيريا) الكزاز ، الحمى التيفية ، الطاعون ، الهيضة الاسيوية هذا اذا لم نذكر الجدري الذي كشف جنر صدفة طريقة الوقاية منه قبل باستور بزمن مديد في ذلك العهد الذي كانت طبيعة الامراض العفنة مجهولة فيه كل الجهل .

ان في هذه التحريات طرقاً واضحة مستندة الى مبادىء علمية راهنة لا جدال فيها ولعل المستقبل يمكن الباحثين من ان يكشفوا لكل آفة من الافات الجراحية القليلة مصلاً او لقاحاً .

لقد قام المختبرون الذين يصرفون أثمن ساعاتهم في المخابر باحثين منقبين بايجاد كثير من المصول واللقاحات المضادة للمكورات العقدية والعنقودية والغنغرينة الغازية والتهابات النفيرين والعظام وغيرها فلم يكن لها ما لمصل الذباح والكزاز من الفائدة غير انه ما من ينكر انها خدمت المرضى خدمة جليلة وخففت من وطأة هذه الافات الشيء الكثير .

ومتى ذكرت المكورات العقدية (ستربتوكوك) لا يسعني الا ان اظهر خوفي على الجراحة من هذا الجرثوم الراعب المخيف . لان جميع العراقيل التي تطرأ على المبضوع كالانزفةاو سواها لا تعد شيئاً اذا استثنينا التعفن ولا سيما بهذا الجرثوم الذي قد يقضي على المريض بعد بضع ساعات .

وان ما بذله الجراحون المختبرون والاطباء الباحثون من الجهود الجهيدة لايجاد لقاح يقي المبضوع من وطأة هذا الجرثوم المحدقة به لم تكلل بالنجاح حتى الان لانه ما من لقاح يلقح به المريض قبل العمليات يستحق بان يضع الجراح فيه كل ثقته في وقاية جريحهمن التعفن كيف لا ومئات العمليات الكبيرة التي لم يلقح المبضوعون قبلها سارت سيراً حسناً دون ان تعفن بفضل التعقيم والطهارة ليس غير .

ومتى بزغ اليوم الذي به يكشف هذا اللقاح بشر الجراحة بمستقبل باهر وانتصار جديد لانها تتفوق حينئذ على طرق الاشعاع العمياء التي يكثر دعاتها في ايامنا الحاضرة . وانني اضرب مثلاً واحداًعلى ذلكفاقول متى اصبحنا قادرين على اجراء عمليات الاورامالليفية دون ان نخشى تعفناً مميتاً يقضي على مريضاتنا ومتى عادت الوفيات الى الصفر كان لنا نحن الجراحينحجة نتذرع بها لاستئصال هذه الاورام الليفية استئصالاً جراحياً لانه متى تساوت الوفيات في الطرق الجراحية والطرق الاشعاعية كانت الجراحة افضل لان الجراح يرى ما يصنع بيد ان الاشعاعي يعمل عمله كالاعمى الذي لا يبصر الشيءالذي يجريه . وهكذا القول في جميع العمليات التي تجرى على البطن . فتكون الجراحة حينئذٍ قد استعادت ما فقدته وعادت اليها ايامها الجميلة وستعود اليها هذه الايام . فاذا لم

تتيح لمن سيأتي بعدنا روءية هـذا التطور الغريب الذي تطورته الجراحة اذا لم يكونوا قد عرفوا كما عرفنا نحن الجدال الدائم بين الحياة والموت والعراك المستمر بين التعفن والبنية ولم يشهدوا انتصار العلم على الموت القاهر . اذا غابت عنهم كل هذه الامور فلن يغيب عنهم الفرح الذي سيستولي على قلوبهم متى مارسوا فنهم في جو هادىء لا تعكره غيوم القلق والاضطراب اللذين نشعر بهما . غير ان عليهم وهم في بسطة السعادة وبحبوحة الراحة ان يرسلوا أنظارهم الى الماضي البعيد فيذكروننا نحن جراحي هذا العصر لاننا نحن الأولى اعددنا لهم طريق الظفر .



درس سريري

ضياع اللفظ مع فلج شقي ايمن في امرأة عمرها ستون سنة مصابة بتصلب الكليتين — أنزف أم تلين أم خثرة

للحكيم ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد الطب
وطبيب المستشفيات العسكرية
والسيد شوكة القنواتي احد تلامذه الصف الخامس في ذلك العهد

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

نورد لقراء هذه المجلة الزاهرة مشاهدة مفيدة عن امرأة عايناها في المستشفى العام بدمشق لان في تعليل آفاتها التشريحية المرضية بعض الصعوبة ونحن لا ندعي التوصل الى تعليلها تعليلاً راهناً بل نكتفي بسرد حالتها جادين في تبديد ما يحيط بتشخيص مرضها من الصعوبات

. . . .

هي امرأة مسلمة عمرها ستون سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ٢٣ كانون الاول سنة ١٩٢٧ مصابة بفلج شقي ايمن وبضياع النطق (anarthrie) . وقد تبين من معاينتها ان شالها لدٌن وانــه قد اصاب الوجــه والطرفين العلوي والسفلي الايمنين وانه متصف بزوال كل حركة طوعية بيد ان الحركات المحدثة مستطاع

اجراؤها بدون ادنى صعوبة وان ساقها اليمنى منبسطة مسترخية وقدمهـا اليمنى روحاء (en varus) وعضدها الايمن منسدل قرب جسدها ومسترخٍ وانعكاساتها الداغصي والدابري والمرفقي والابر يين الزندي والكعبري زائدة دون تشنجات ولا ارتعاشات نظيرة الصرع غير ان عرض بابنسكي كان واضحاً · وان الحس بالوخز وباللمس قد زال حذاء الطرفين المشلولين والجذع ايضاً حتى الخط النصفي، واما الحس بالبرودة والحرارة فلم يفتش عنه ، وانه لا ضمور عضلي حقيقي لان قياس الطرفين المشلولين ومقابلته مع قياس الطرفين السليمين كان متساوياً · غير ان الاسترخاء العضلي كان شديداً ، وان الخد الايمن قـد تسطح والتلم الانفي الذقني قد زال والصوار (ملتقى الشفتين) الايسر وذروة اللسان قد انحرفا الى جهـة الشلل واغلاق العين اليمنى العفوي مستطاع غير ان الجفن العلوي يقاوم بعض المقاومة الفتح المنفعل ، وان الجهاز العصبي الذي عوين معاينة دقيقة سليم في اجزائه الاخرى ·

ولنعد الان الى درس نطقها : كانت المرأة تفهم كل ما يقال امامها وكانت تتمكن ، متى قدمت اليها ثلاث اوراق وسئلت ان تحصي عددها على اصابعها، من عدّها جيداً وكانت تبدو على وجهها ملامح الذكاء وتظهر على جبينها علامات التأثر لعجزها عن ابداء افكارها دالة على لسانها ونصف رأسها الايسر كأنهـا تشير الى الطبيب عن مقر الموانع التي تصدها عن ابداء الكلام ولم تكن قادرة على التلفظ بكلمة واحدة بل كانت بعض الاصوات تخرج من فيها ولم نستطع درس فهمها للكلام المكتوب لانها امية · ولم تكن المريضة مصابة بزوال نصف الرؤية (hémianopsie) ولا بنوب نظيرة الصرع ولا بتشوشات حدقية ·

ولم نجد حاجة الى البزل القطني

واستدللنا من معاينة اعضائها الاخرى ان شرايينها لينة ونبضها صغير منتظم غير مسرع وذروة قلبها تنبض في الورب الخامس وصمم قلبها طبيعي وانه لا عدو في القلب ولا دوي للدقة الثانية بل ان نفخة كجذر البخار كانت تسمع في البؤرة الانقباضية دون ان تتبدل بتبدل وضعة المريضة او تنتشر الى الابط وانها كانت تشغل الزمن السابق للانقباض دون ان ترافقها ارتعاشات سنورية او دحرجة استرخائية او تضاعف الدقة الثانية اما البؤر الباقية فلم يسمع فيها شيء · وقد ساء شكل يدي المريضة كما هي الحالة في الرثية المشوهة وهذا ما يعلل لنا سبب الافة القلبية المصابة بها ·

اما الاجهزة الاخرى السائرة فكلها سليمة · ولم نتمكن من تحري بعض الاشياء التي كانت تكمل المشاهدة دون ان تكون ضرورية لا مندوحة عنها كقياس التوتر الشرياني ورسم الاذينة اليسرى لان المريضة تركت المستشفى بسرعة ·

· · · ·

في هذه المشاهدة مالا يخفى من الفائدة السريرية · فلو كانت هذه المرأة فتية لما كان ثمت سبيل للتردد في ان الافة هي تلين الدماغ الناجم من خثرة غير ان سن المريضة دعانا الى التحفظ في لفظ حكم كهذا وحملنا على ان ندقق في التشخيص المميز ·

خامرنا الشك في الخثرة (embolie) لان المريضة كانت مصابة بالرثية منذ القديم والدليل تشوه اليدين وتعقد مفاصل الرسغين والاصابع مع انخلاع خفيف

وانحراف العظم . وليس التضيق الاكليلي الا عرقلة هذه الرئية التي مرّ عليها وعلى التضيق عهد طويل . وما النفخة الخشنة التي تسمع في تلك البوءرة الا دليل على افة في الشغاف قد ندبت منذ عهد قديم دون ان يكون تضيقها شديداً نثبت هذا باختفاء الارتعاشات السنورية والدحرجة الاسترخائية كما ان اختفاء تضاعف الدقة الثانية دليل على ان القلب قد اعاض اعاضة اكيدة مما اصابه . فكل هذه التظاهرات القلبية تبين لنا ان الركود الاذيني في القلب ليس شديداً وتدعونا الى استبعاد فرضية الخثرة لانها تكون قد جاءت متأخرة جداً بعد الافة القلبية وان يكن حدوثها ليس مستحيلاً .

وان درس الاعراض العصبية التي وصفناها درساً مفصلاً ومقابلتها بسواها يوجه انظارنا الى جهة ثانية ربما كانت اوفى بتعليل حالة المريضة . ان استفسار سوابق المريضة الذي نسعى اليه كان لنا لو تمكنا من الحصول عليه خير مساعد على التشخيص غير ان مريضتنا بكماء لا تلفظ كلمة واحدة ولم يكن من اقربائها شخص ثالث يصف لنا كيفية وقوع الفالج الشقي وتاريخ حدوثه وهذا ما حدانا الى الاعتماد على تعليل الاعراض السريرية التي لاحظناها واستنتاج نتيجة منها .

فالشلل الذي هو امامنا شلل لدْن مع ازدياد الانعكاسات وهذا الشلل قديم العهد لاننا نراه في دور مروره الى اللدونة ويظهر لنا ان هذا الفلج الشقي التام الذي اصاب الوجه والعضد والساق لم يخف بل يتبين لنا انه ثابت لا يشفى الامر الدال على اختلالات دماغية متسعة جداً . فلو كانت هذه الاختلالات واقعة في الناحية القشرية لكانت اتلفت في الوقت نفسه الناحية الجبهية الصاعدة

والفصيص جانب المركز والناحية الجدارية الصاعدة لان ضياع الحس مصاحب للشلل وعدا هذا فالتلين الناجم من الخثرة او السدادة اقل اتساعاً في الغالب . والفلج الشقي القشري المنشإ يميل الى اصابة طرف واحد ويحترم في الغالب الوجه ويتعرقل بعوارض صرعية الشكل وبضياع نصف الرؤية فيستنتج من مقابلة الاعراض الايجابية بالسلبية التي تشكوها مريضتنا ان آفتها تحت القشرة وانها ناجمة من النزف الدماغي .

وان تحليل صفات البكم يدل دلالة واضحة على ان الحالة هي حالة فقدان اللفظ (anarthrie) وان النطق الخارجي وحده قد أصيب واما النطق الداخلي والعقل فسليمان وهذا ما يرجح كفة استقرار الآفة تحت القشرة لان مقرّ العقل في القشرة

واننا اميل الى نسبة ضياع اللفظ الى النزف منا الى التلين لانه لو كان تلين لكان احدث بكم بروكا او ورنيك .

ولكن هل تكفي هذه المعلومات للجزم في هذا التشخيص؟ لا فهي ترجح الكفة فقط لان العلامات المستقاة من معاينة الجهاز العصبي تقر الآفات تحت القشرة حيث يقع النزف عادة غير ان النزف معناه ازدياد التوتر الشرياني اي تصلب الشرايين ولم تكن مريضتنا مصابة بما ينمّ بازدياد التوتر ولان التضيق الاكليلي هو نتيجة التهاب الشغاف ومصدر الخثر .

...

هذه هي المشاهدة ذكرناها لما فيها من الفائدة تاركين للقراء الكرام ترجيح احدى الكفتين على الاخرى والميل الى التلين الدماغي او النزف .

اللجنة الفرنسية في معهدنا الطبي

كان نهار الاحد الواقع فيه ٢٤ حزيران سنة ١٩٢٨ موعداً لانتهاء الفحص الاجمالي (كولوكيوم) الذي قامت به اللجنة الفرنسية في معهدنا منتدبة لاجرائه من لدن المفوضية العليا وتتألف هذه اللجنة من :

الرئيس — الحكيم روبر الطبيب العسكري في مستشفى دمشق
وكل من الاعضاء :
الحكيم — سوليه الجراح العسكري في مستشفى حلب
» — مركايو الصيدلي في مستشفى دمشق
» — جينسته طبيب الاسنان في مستشفى بيروت

وقد قام الاولان بفحص المنتهين من شعبة الطب واجرى الثالث امتحان المنتهين من شعبة الصيدلة واما الاخير فامتحن المنتهين من شعبة طب الاسنان

ومما يمتاز به الامتحان الاجمالي في هذه السنة عما كان عليه في السنوات الماضية انه تمّ في يومين بدلاً من ثلاثة ايام وكان عملياً صرفاً ولم يسأل الطلاب فيه من النظريات الا ما كان متعلقاً بالعمليات التي كانوا يمتحنون بها ·

واما اسماء الطلاب المنتهين فهم :

الاطباء :

السادة — سهيل عابدين	(دمشق)
شفيق الهنود	(لبنان)
شوكة القنواتي	(دمشق)
صلاح الدين وصفي	(دمشق)
عبد الواحد سليمان	(تونس)
عزة الصيرفي	(دمشق)
منصور فتاحي	(حلب)
ناظيف الوتار	(دمشق)

الصيادلة

السادة — اديب سعدالله الايوبي	(حلب)
الياس طرزي	(دمشق)
عبدالمجيد عطيه	(مصر)

اطباء الاسنان:

السادة — زكي بدر	(مصر)
فوزي كباره	(طرابلس الشام)

وفي الساعة الخامسة بعد الزوال أُقيمت الحفلة المعتادة للوقوف على نتيجة الامتحانات التي يعلنها حضرة رئيس اللجنة فقام حضرته وذكر اسماء الاطباء والصيادلة واطباء الاسنان الذين فازوا في الامتحان كما وردت اسماؤهم دون ان يرسب منهم احد وذكر الدرجة التي نالها كل منهم ثم القى خطاباً ممتعاً على مسمع من معالي عميد الجامعة ورئيس المعهد الطبي الاستاذ رضا سعيد بك وسعادة مستشار المعارف الموسيو راجه وحضرة اساتذة المعهد ومدرسيه وعموم الطلاب

ومما جاء في خطابه قوله :

« ان التعاون العلمي قد عرفته القرون السالفة كما عرفه القرن الحاضر فكما ان نهضة الطب في بلاد الغرب مدينة لاطباء العرب القدماء الذين اقتبسنا منهم ونقلنا عنهم افضل ما حوت موءلفاتهم في ذلك العهد فكذلك نهضة الطب الجديدة التي نراها اليوم في البلاد العربية تقتبس عناصرها من طب الغرب»

وقد اثنى الثناء العاطر على معالي عميد الجامعة وابدى اعجابه بتقدم المعهد ورقيه وبعد ان انتهى الحكيم روبير من القاء خطابه نهض من السادة المنتهين الحكيمان شوكة القنواتي وشفيق المنود فالقى كل منهما خطاباً بالعربية والحكيم عبد الواحد سليمان فالقى خطاباً بالفرنسية وتكلم باسم الصيادلة السيد عبدالمجيد عطيه وباسم اطباء الاسنان السيد زكي بدر فاثنوا الثناء العاطر على ادارة المعهد واساتذته وشكروا اعضاء اللجنة الفاحصة بالنيابة عن الشعب التي ينتمون اليها.

ثم اختلف الحاضرون الى مائدة انيقة حوت ما لذّ وطاب من انواع الحلوى والمرطبات

واخذت بعد ذلك صورة اعضاء اللجنة الفاحصة والاساتذة والمنتهين لتكون ذكراً لهذا الامتحان يعود اليه من ترك عتبة هذا المعهد في مستقبل حياته متذكراً عهداً لا تخلو ذكراه من اللذة .

واننا نرفع بدورنا احرّ التهنئة لتلامذتنا في الامس وزملائنا اليوم متمنين لهم مستقبلاً باهراً وحياة سعيدة م . خ .



مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي
استاذ في المعهد الطبي

المبولات الزئبقية

عرف الاقدمون خاصة الزئبق في اكثار البول وقد وصف بوشارده (Bouchardat) سنة ١٨٤٠ الزئبق الحلو (calomel) لهذه الغاية ثم اهمل امر هذا العلاج ردحاً طويلاً من الزمن الى ان اعاد الاطباء في ايامنا الحاضرة الكرة باحثين عما لهذا العلاج من الفوائد

١ً — الادوية الزئبقية المبولة

أ — الزئبق الحلو (calomel) : يحمى المريض الا عن اللبن و بعض المآكل الطحينية و يعطى ٠،٢٠ سنتغراماً منه ممزوجة بمسحوق الافيون منعاً لتأثيره في المعى ثلاث مرات في اليوم مدة ثلاثة ايام متوالية

و ينصح بوشارده بالترتيب الاتي :

مسحوق العنصل (scille	٠،٠٥ سنتغرامات
مسحوق الديجيتال	من كل ٠،٠٣ »
زئبق حلو	
شراب الصمغ	مقدار كاف لحبة واحدة

توءخذ مثلها ٢ — ٤ حبات في اليوم

ب ـ كيانوس الزئبق (cyanure de mercure): يحقن الوريد منه بمقدار ٠،٠١ في اليوم

ج ــ النوفازورول (novasurol) : مركب زئبقي جديد وهو مسحوق ابيض لا شكل له منحل في الماء يحوي ٣٣،٩ بالمائة من الزئبق يحقن الوريد او العضلات بمقدار ٢ سم مكعب من محلوله المئوي (اي ٢٠ سنتغراماً) مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع . ويجب ان يقلل المريض الملح في طعامه وان يخفف شرب الاشربة وينصح بعض المؤلفين بجرع كلورمائاة النشادر .

د ــ (ساليرغان salyrgan) : مركب زئبقي ايضاً يحوي ٣٦ في المائة من الزئبق تحقن منه العضلات او الوريد بمقدار سم مكعب مرة كل ثلاثة ايام

هـ ــ نبتال (neptal) : يشبه الساليرغان ويستعمل حقناً في العضلات بمقدار سم مكعب الى سم مكعب ونصف السنتمتر مرة في الاسبوع

ويجوز ان يوصف في الايام الباقية الثئوبرومين (théobromine) . ويجب ان يحمى المريض عن الملح

٢ً ــ صفات ازدياد البول

يزداد البول في اليوم الذي حقن الشخص به وقد لا يزداد الا بعد ٢٤ ساعة او ٤٨ ساعة وتأثير هذا العلاج موقت في الغالب يزول في اليوم الثاني الذي يليه . وقد تتجاوز كمية البول اربعة التار

انفراغ الكلورور : قد تبلغ كمية الكلورور المنفرغة ٣٠ غراماً في اليوم

انفراغ البوله : تزداد البوله ايضاً على ان الامر لا يزال قيد المناقشة

ويعتقد بلوم ان المكبودين المصابين بالتشمع يزداد فيهم تأثير العلاج اذا اشرك بكلورور الكلسيوم الجاف النقي .

٣ — آلية ازدياد البول بالادوية الزئبقية

فيها نظريات عديدة يمكن جمعها في زمرتين : النظريات الاولى تنسب ازدياد البول الى عامل غير الكلية والنظريات الثانية تنسب الامر الى الكلية نفسها

النظرية العصبية : يقول بها كونستين وهي ان ازدياد البول ينجم من توسع الاوعية لتأثير الزئبق في الاعصاب الوعائية وتنبيهه لها وبرهانه ان الكلورال يمنع ازدياد البول وكذا قطع اعصاب الكلية

النظريات الكبدية والمعوية والعضوية :ليست مبنية على حجج قوية لذلك نضرب صفحاً عن ذكرها

النظرية الكلوية : ينجم ازدياد البول في المداواة بالزئبق من تخرش خلية الكلية فالمقادير الجزئية تنبه الكلية واما المقادير الزائدة فتخربها كما هو معروف

الاستطبابات ومضاداتها

لا تفيد الادوية الزئبقية جميع المرضى

مضادات الاستطباب : آفات الكلية الا التهابها الزهري ، ارتفاع الحرارة ، الدنف ، الناعور (الداء النزفي)

الاستطباب : في الحبن التشمعي المصاحب لوذمات وفي المصابين باسترخاء قلب عصي الديجيتال والثوبرومين . وفي الزهريين المصابين بالتهاب الكلية الزهري والافضل ان تفرغ الانسكابات من غشاء الجنب او الخلب قبل اعطاء الدواء

واحسن المركبات الزئبقية على رأي الاستاذ راتري (Rathery) الزئبق الحلو (calomel)على ان يشرك بالديجيتال وكيانوس الزئبق حقناً في الوريد والنبتال (neptal) حقناً في العضلات

مفكرة في الطب العملي

مداواة ذات القصبات والرئة الناجمة من النزلة الوافدة

تحدث النزلة الوافدة في الجهاز القصبي الرئوي عدا التهاب القصبات ، نوب احتقان في الرئة ووذمات رئوية . ونخص بحثنا بما ينجم من النزلة الوافدة في الغالب من العراقيل الكثيرة الوقوع والسيئة العاقبة واهمها ضعف القصبات وفلجها . لذلك يجب ان نقلل مركبات الافيون ما امكن وان نكثر من استعمال الارغوتين والستركنين

١ً — يستريح المريض راحة مطلقة في غرفة حرارتها ١٦ —١٨ ، لا يسمح لاحد بزيارته ، لا يخرج من غرفته الا بعد انقطاع الحمى بيومين او ثلاثة ايام .

٢ً — يحمى في بادىء الامر الا عن الماء فيشرب مشروبات مائية كثيرة مفترة مضافاً اليها قليل من الكحول كالشاي مع الروم او ماء فيه قليل من الشمبانيا ، قهوة ، مرق الخضر ، لبن ، مناقيع متنوعة (ازهار صدرية ، خبازى ، براعم الصنوبر ، خطمي الخ) وشراب الليمون او البرتقال وذلك مقدار لترين في اليوم .

٣ً — تقاس حرارة المريض مرتين في اليوم صباحاً ومساء فاذا زادت عن الـ٣٩ وجب لف صدر المريض بلفائف مبللة بماء فاتر حرارته ١٥ — ٢٠ مدة ساعة ويكرر ذلك مرة كل ثلاث ساعات . ويجب ان تستر اللفافة بقماش من الصوف . او يلف جسد المريض كله بلفائف مبللة بماء فاتر ويعاد ذلك ثلاث

مرات في اليوم ·

واذا اعترى المريض ازرقاق وجب لف المريض بلفائف مخردلة · تغمس الرفادة في ماء مخردل قد وضعت فيه قبضة من الخردل ملفوفة في كيس صغير ثم تستر الرفادة المخردلة بمنشفة جافة · وتترك اللفائف نصف ساعة وتنزع ثم يشرب المريض منقوعاً حاراً مضافاً اليه قليل من الكحول ·

يحجم المريض حجامات جافة كل يوم واذا كان الاحتقان شديداً حجم حجامات دموية

٤ — يقطر في الانف ٥ - ٦ قطرات من المحلول الاتي ثلاث مرات في اليوم ·

كولرغول	(collargol)	٠،٢٠ سنتغراماً
ماء مقطر		٢٠ سم٣

يتناوب ذلك مع الزيت الغومنولي الذي نسبته ٥ في المائة

٥ً — يستنشق المريض صباحاً ومساءً بخار ماء مغلى موضوع في اناء ومضافة اليه ملعقة قهوة من المزيج الاتي :

عطر الانسون النجمي	(essence de badiane)	٠،٢٠ سنتغراماً
نعنعول	(menthol)	٠،٧٥ «
صالول	(salol)	٤ غرامات
كحول درجتها ٦٠°	(alcool 6o)	١٠٠ غرام

٦ً — يتمضمض المريض بالمحلول المستعمل في الاستنشاق

٧ً — تبخر غرفة المريض ببخار اوراق الاوكالبتوس المغلاة في الماء ·

٨ً — يتجرع المريض في الصباح برشانة وفي المساء برشانة اخرى في كل منها

برومبيدرات الكينين	(bromhydrate de quinine)	٠،٢٥ سنتغراماً
مسحوق دوفر	(P, de Dower)	٠،١٠ سنتغم

واذا كانت حرارة المريض مرتفعة والالام زائدة يعطى برشانتين في كل منها

بروميدرات الكينين		٠،٢٥ سنتغراماً
بيراميدون	« pyamidon »	٠،٣٠ «
بنين	« caféine»	٠،٠٥ سنتغم

ويتجرع المريض في اليوم الشراب الاتي ملعقة فملعقة .

خلاة النشادر	(acétate d'amoniaque)	٢ غرام
صبغة البيش	«teint. d' aconit»	٣٠ قطرة
شراب البنش	«sirop de punch»	٢٠ غراماً
مشروب تود	«potion de Todd»	مقدار كاف لـ ٩٠ غراماً

١٠ً — فاذا طرأ على القصبات فلج ويعرف ذلك بالزلة الشديدة وامتلأت القصبات بنتحة وازرق المريض كوفحت الحالة بـ ٤ — ٨ حبات في اليوم من الحبوب الاتية:

كبريتاة الستركنين	(sulfate de strychnine)	٠،٠٠٠٥ مليغرامات
ارغوتين	(ergotine)	من كل ٠،٠٥ سنتغم
جاواة الصودا	(benzoate de soude)	
تربين	(terpine)	
كبريتاة الكينين	(s.d.quinine)	

ويحقن تحت جلد المريض باللقاح المضاد للنزلة الوافدة لمينه (vaccin anti-grippal deMinet) في اليوم او في اليومين مرة

١١ً — واذا بدأ القلب يخور يعطى المريض ٥ — ١٠ قطرات في اليوم من محلول الديجيتالين المبلور الالفي . ويحقن تحت جلده بالزيت المكوفر مرتين في اليوم واذا كان وهط القلب شديداً أعطي المريض عشر قطرات كظرين «ادرنالين» ثلاث مرات في اليوم

الرثية المفصلية الحادة في الاطفال ومعالجتها

قد لا تبدو الرثية المفصلية في الاطفال واضحة متى كان نوعها مخففاً لانها في اكثر الاحيان لا تؤثر في المفاصل تأثيراً شديداً بل تحدث فيها آلاماً خفيفة لا يكاد يعبأ بها وانتباجاً واحمراراً لا يلبثان ان يزولا . وربما أصيبت حشى من الاحشاء منذ بدء المرض دون ان يبدو في المفاصل نفسها اقل عرض يوجه انظار الطبيب اليها . نعني بهذا حدوث التهاب في قشرة الرئة وغشاء الجنب وهو الذي وصفه بزنسون ووايل او ظهور احتقان جنبي رئوي رثوي وهو العرض الوحيد الذي يتصف به داء بويو (Bouillaud) الذي رفع تقريراً عنه لجمعية امراض الاطفال في ١٨ تشرين الاول سنة ١٩٢٧ كاتالاواولفيه وهو نوع من الرثية الرئوية التي تجب معرفتها ليسهل شفاوءها بصفصافاة الصودا وربما ظهرت التشوشات المعدية المعوية التي درسها جيداً غرنه وهي ما يجوز لنا ان نسميه الرثية المعوية

فبكل هذه الانواع الشاذة التي لا تصاب بهـا المفاصل تعرض المريض لعراقيل الرثية المخيفة ولا سيما العراقيل القلبية (آفات المصاريع والتأمور والعضلة القلبية) وقليل هم الاطفال الذين ينجون من هذه الافات ولا تترك فيهم الرثية مهما كانت خفيفة التهاب شغاف ثابتاً في المصراع الاكليلي . وبعضهم يصاب شغافهم وتأمورهم في آن واحد فتلتصق وريقتا تأمورهم التصاقاً لا يشفى .

تبدأ رثية الاطفال كما تبتدىء رثية الكهول بخناق (angine) احمراري (وهو خناق لاساغ الرثوي) وتعقبه حمى وآلام وعرق وقمه ثم يظهر خفقان وزلة وحصر دالة على اصابة القلب فيسرع وتسمع فيه نفخة انقباضية عند الذروة

واحتكاك تأموري

وتبقى هذه الاعراض ثابتة حتى بعد زوال التهاب المفاصل وهي التي تعيد الافة خطرة

التشخيص : صعب في الانواع الشاذة (في احتقان الرئة وغشاء الجنب وفي الرثية المعدية) التي لا يبدو بها التهاب مفصلي وفي الانواع المفصلية الخفيفة لان الالام الخفيفة في المفاصل تنسب حينئذٍ الى آلام النمو او الى التهاب العظم والنقي في اليفعان او الى داء الحفر الطفلي ، واذا استقرت الرثية في فقار العنق او الظهر او القطن نسبت الالام الى داء بوط . فيجب في جميع الحالات المشكوك فيها ان تعطى الصفصافاة لايضاح التشخيص فاذا خفت الالام كانت خفتها دليلاً على ان الرثية ليست رثية سيلانية (gonococcique) ولا قرمزية ولا سلية لان هذه تعصي الصفصافاة .

المعالجة :

١ — راحة مطلقة في الفراش اسبوعين الى ثلاثة اسابيع ولو زالت الالام المفصلية . لف المفاصل المريضة بالقطن بعد طليها بالمرهم الاتي :

فازلين	٥٠ غراماً
غياكول او صفصافاة المثيل	٥ غرامات

أو بهذا المرهم :

حامض الصفصاف (ac.salicylique)	٥ غرامات
لانولين	٥ «
عطر التربنتينا	٥ «
شحم مجوى «axonge benzoïnée»	٤٠ غراماً

٢ — اعطاء صفصافاة الصودا سريعا (خمسون سنتغراما في اليوم لكل سنة من العمر بعد اشراكها بثاني فحماة الصودا) :

صفصافاة الصودا } من كل ٠،٥٠ سنتغراماً
ثاني فحماة الصودا }

لرزمة واحدة تصنع ثلاثون نظيرتها وتؤخذ واحدة كل ٣ ساعات ٠

٣ — اذا كان الولد كبيراً وكان قادراً على بلع البرشان يستعاض عن الرزم بالبرشان على ان يعطى الكمية نفسها ويشرب ماء فيشي عوضا عن الماء

٤ — اذا لم تحتمل المعدة الصفصافاة تذاب في حقنة شرجية(٢—٣غرامات صفصافاة في ١٠٠ غرام ماء مغلى) اما حقن الوريد بمحلول الصفصافاة فقلما يلجأ اليــه ٠

٥ — متى طرأت عراقيل قلبية رئوية حجم المريض حجامات جافة دموية ووضعت لصق مخردلة على جنبه ومحفظة ثلج على قلبه ويثابر على اعطاء الصفصافاة اسبوعا كاملا بعد زوال التهاب المفاصل على ان تخفف الكمية تخفيفا تدريجيا :

٦ — متى التصق التامور يشير دالورم بفك الالتصاقات فكا جراحيا وقد اجرى هالوبو هذه العملية ونجحت

٧ — متى نقه المريض يشار عليه بتبديل الهواء وتكافح فاقة دمه بمركبات الحديد والزرنيخ والشمس والتغذية الحسنة ويوقى البرد والرطوبة وتعب الجسد حذراً من النكس ٠

٨ — الحمية لبنية صرفة في دور المرض الحاد لان الحمى المرافقــة للرثية تستدعي ذلك ولان الحليب يسهل على المعدة تحمل الصفصافاة ٠

مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٩ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

الاورام العفلية : منها نوعان · ينمو بعضها في ملء الجدار فيخيل انها اورام ليفية سريعة النمو تصحبها حمى وانزفة غزيرة وينمو البعض الاخر في الغشاء المخاطي فيحدث انزفة دموية كسرطان الجسم (وتكون الرحم في هذه الحالة ضخمة بعض الضخامة) ووضع التشخيص غير مستطاع الا بالاستقصاء النسيجي او بعد العملية متى عوين الورم كتلة واحدة·

ومهما يكن فاجراء العملية واجب قبل ان تطرأ التصاقات والا كان النكس محققاً ·

سرطان العنق : يجب التبكير في وضع التشخيص لان الشفاء متعلق به ويجب ان تميز ابيتليوما القسم المهبلي عن ابيتليوما العنق الباطنة (epithélioma endocervicale) لا من الوجهة النسيجية فحسب بل من الوجهة التشريحية السريرية ايضاً لاننا من الوجهة النسيجية نرى الابيتليوما الرصفية تعلو حتى باطن جوف العنق كما اننا نرى على العكس من ذلك الابيتليوما الاسطوانية تنبت على قسم العنق الظاهر (شمبي Champy)

غير اننا من الوجهة السريرية نرى ان سرطان العنق المهبلي يبدو للعين المجردة جليا ويشعر به بالمس ايضاً منذ ادوار نموه الاولى واما الثاني فينمو خلسة في باطن جوف العنق ومتى ظهرت براعمه خارجاً يكون قد مضى على نموه في باطن العنق زمن طويل حتى امتد الى المضيق ومحيط الرحم وضخم العقد ·

وتشخيص النوع الاول (القسم المهبلي) باكراً سهل واما الشكل الثاني (الورم المتبطن للعنق) فتشخيصه صعب في البدء ·· والسرطان اربعة انواع

١ً — الشكل المبرعم ٢ — الشكل المخنفر ٣ = الشكل المترشح ٤ — الشكل الثاقب (térébrante)

أ — الشكل المبرعم — يشبه ببراعمه ورق الملفوف تملأ هذه البراعم غور المهبل وتعتري المصابة به انزفة وتفرز مفرزات نتنة

تفيد في هذا الشكل المداواتان الجراحية والراديومية ولا تكون الارتاج مرتشحة في بدء الافة ولا يكون الارتشاح قد بلغ ملء العنق ايضاً وهو يصيب الفتيات

الشكل المحتفر : هو مجوف، اعضاده قاسية كثيفة لا تنزف الا قليلا ورائحة المفرزات فيه نتنة لاصابة البراعم بالموات الذي ينجم من تشوش ارتواء هذه البراعم المسبب من التصلب الذي يحيط بها (وهو يصيب النساء المسنات) وتصحبه ايضاً بعض الاضطرابات الوظيفية

الشكل السيء ـ يستولي على محيط الرحم وقاعدة الرباطين العريضين استيلاءً سريعاً والعملية الجراحية فيه صعبة نظراً الى هـذا الارتشاح ويسهل استعمال الراديوم في النوع المشابه لفوهـة البركان كما ان كثرة النسج الصلبة تسهل ايضاً عمل الراديوم وتعيد نتائج المداواة به حسنة جداً واما اذا ترك الورم وشأنه فيلتصق بما يجاوره ولا يعود استئصاله ممكناً ويسبب آلاماً عصبية ٠

الشكل المترشح او المنتشر ٠ نادر يصيب الفتيات (حجمه كبير لانه غير مبرعم يستولي على محيط الرحم والعقد بسرعة فائقة وهو وخيم)

يذيبه الراديوم بسرعة فتتحسن الاعراض الا انه ينكس ولا يعود للراديوم فيه اقل تأثير ٠

الشكل الثاقب (forme térébrante) : يشقق هذا الشكل النسج فيحدث فيها قنيات تجتاز العنق كله فتثقب الرحم وتستولي على محيطها والارتاج دون ان يعرف الشوط التي تصل اليه الافة ٠ وهذا الشكل وخيم جداً ٠ ونتيجة فعل الراديوم فيه كما في الشكل السابق

سرطان باطن العنق (cancer endocervical): يبدو العنق ضخماً بالنسبة الى الجسم الذي يظل صغيراً ولا يظهر فيه للنظارة الاولى اقل آفة وتكون فوهـة العنق صلبة في بعض الاحيان وقد تكون منفتحة وهذا ما يجب الانتباه اليـه ٠ واذا ادخلت آلة في جوفه اعادت معها براعم ٠

وتبقى الارتاج في هذه الحالة حرة فيصعب تشخيص هذا الشكل لانه يشبه المرجل ولا يستفاد من المعلومات النسيجية في مداواة هذا الشكل بقدر ما تفيد العلامات السريرية ٠ يفيد الاستشعاع بالراديوم اشكال السرطان الرخوة على ان تمات البراعم مرة واحدة به ٠

وبعض انواع السرطان نادرة كسرطان المهبل الذي يقـع في جوار العنق ويستولي عليه بعد حين ويصعب شفاء هذا السرطان بالعملية الجراحية ٠

الاعراض : اهمها الانزفة تقع بين الطمثين ولا سيما متى كان الرض سببهـا (جماع، التهاب المهبل)

المفرزات البيضاء : نتنة تنجم نتانتها من موات البراعم السطحي ولا تظهر هذه المفرزات النتنة في الاشكال غير المبرعمة

الالام : لا الم في السرطان ولا تتألم المريضات الا متى لم يعد اجراء العملية ممكناً .

الاعراض البعيدة : لا تبدو اضطرابات مثانية الا متى امتدت الافة الى الجدار والغشاء المخاطي فيعتري المريضة بوال ليلي نهاري فيكون الرتج الامامي قد اصيب ولا يستفاد في هذه الحالة من الفحص بمنظار المثانة لان المعلومات المستنتجة منه لا تكون ايجابية الا في ادوار المرض المتأخرة حيث يتعذر اجراء العملية

ولا تنتشر العلة الى الشرج الا اذا استولى المرض على رتج دوغلاس أو الرتج الخلفي .

وصفوة القول انه يجب الفحص بالمس متى اشتكت المرأة نزفاً —والمس مهم جداً— . فيظهر به ان الافة السرطانية تستقر على قاعدة صلبة منتشرة لا حدود واضحة لها في المحيط .

و يتمم الفحص بالمس الشرجي فتجتنى منه معلومات اكثر من المعلومات التي تجتنى من المس المهبلي لان به تجس الكتلة الخلفية الواقعة في المضيق وحالة محيط الرحم ودرجة ارتشاحه و يرتشح الرباطان العريضان فيشعر بهما في الرتجين الجانبيين (اصبع في المهبل فقط) وتدفع الرحم بهذه الاصبع الى الجهة المقابلة فاذا كان ارتشاح كانت هذه الحركة محدودة وليست طبيعة هذا الارتشاح سرطانية دائماً فقد تكون التهابية ودليل ذلك الالم ومتى شك في الامر وجب اجراء العملية .

و يوضع منظار المهبل متى كانت الحالة غامضة تستدعي الفحص النسيجي الحيوي (biopsie) و يجب ان تؤخذ الشريحة من مكان مناسب اي من المكان الاكثر قساوة والاكثر نزفاً وان توضع في سائل مثبت بما يمكن من السرعة وهو (كحول درجتها ٩٠ او سائل بوان) فاذا كان جواب الخبر سلبياً — اي لا سرطان = وجبت معاينة المريضة بعد شهر واخذ قطعة ثانية للاستقصاء النسيجي الحيوي مرة اخرى . ومتى بدت في العنق بعض البراعم صدقنا السريريات ورجحناها على المخبر

التشخيص المميز : يستقر السرطان مهما كان نوعه على ورم اي على شيء صلب .

واما غير السرطان فيستقر على قاعدة مرنة رخوة ومتى جست تقرحات او ناميات ولم ترَ بالمنظار رجحت الافة السرطانية ومتى روئيت بالمنظار ولم يشعر بها كانت غيرسرطانية غالباً

التهاب الرحم الغدي (métrite adénomateuse) : السطح املس، الانزفة ليست غزيرة، المفرزات مخاطية وردية في الغالب

التهابات الرحم السلية : نادرة تبدو فيها عدة قروح صغيرة واجواف صغيرة كما في نواسير الشرج وقد ترى كتلة نامية الا ان قاعدتها لينة . ولا يجلو التشخيص متى شك في الامر غير الفحص النسيجي

زهري الرحم . تبدو في الرحم القرحة والصموغ وعدة آفات اخرى و يقع الشك متى بدا صمغ واحد مبرعم الا ان قاعدته تبقى لينة وآفة الرحم هـذه نادرة فالنتيجة انه متى شك في الامر وكان الفحص النسيجي متعذراً وجبت العملية

يخلط الشكل المبرعم المتبطن للعنق مع المرجلات و يميز الاول عن الثاني بأخذه منقاش وادخاله في العنق فاذا كانت العلة ورماً مرجلاً كانت احاطتها ممكنة ولوحظ ان المحيط رخو

واما السرطان فيعرف ببراعمه غير المنتظمة و بصلابة محيط العنق واذا ادخل في العنق منقاش التصق وهرس البراعم .

واما تشخيص الاشكال المرتشحة فصعب فلا بد من الانتباه الى الاعناق والمضايق والحذر منها

هل يستطاع تحري العقد الخثلية بالمس ؟

ان البحث عنها بهذه الطريقة غير مستطاع لان اصابتها او سلامتها لا تدركان الا في اثناء العملية .

لا يضخم سرطان العنق العقد الا قليلاً

في ١٠٠ حادثة : ثلثها لا تضخم فيه العقد

والثلث الثاني عقد التهابية

والثلث الثالث عقد سرطانية

ولا يحدث سرطان العنق اوراماً انتقالية الا في بعض الحالات التي عولجت بالراديوم ومتى استولت الافة على محيط الرحم

١ — زالت مرونة الرتج المرتشح

٢ — ثبتت الرحم فعاد التوسط الجراحي متعذراً لان البضع لا يجوز الا متى كانت الرحم متحركة هذا اذا لم يكن ثبات الرحم ناجماً من حالة التهابية مرافقة : لتهاب الملحقات الذي يشفى باستعمال الثلج او من براعم المهبل التي تستطاع ازالتها بكشطها فتعود الرحم متحركة

مداواة سرطان الرحم

متى قدم العهد على السرطان وجب ألا يكتفى بالجراحة وحدها واما متى لم يتجاوز السرطان هذا الحد جاز ان يعالج اما بالاستشعاع بالراديوم او أشعة X أو بعملية ويرتهايم (Wertheim)

اما انتخاب افضل الطريقتين فكان يستند فيه الى الفحص النسيجي حتى هذه السنوات الاخيرة فكان يقسم السرطان قسمين السرطان ذي الخلايا الشائكة وهو المنيع على الاشعة (radio resistant) والسرطان ذي الخلايا القاعدية وهو الخاضع للاشعة (radio sensible) غير ان هذا الامر قد اهمل وقد عدل عنه روغو (Regaud) نفسه لان الاشعة تشفي في بعض الحالات السرطانات المنيعة عليها أحسن مما تشفي الخاضعة لها على ان يستعمل منذ المرة الاولى المقدار الكافي من الاشعة والا عادت الاستشعاعات التالية بلا جدوى ويجب ان يستعمل الاشعة من خبرها جيداً لان الاجزاء التي لا يتلفها الراديوم تنمو بعده نمواً سريعاً

يجوز ان يستعمل الراديوم بشكل انابيب شعرية فتوضع هذه الانابيب في ابر من بلاتين دقيقة جداً وتغرز في الورم نفسه . أو توضع هذه الانابيب في اجهزة من شمع متى كانت التطبيقات على مكان بعيد وتربط بشكل انبوب صفيحة يستدل بها على عدد الميكروكوريات المستعملة في كل جلسة وأسهل من هذا ان يكون لدى الطبيب ملاح من الراديوم محفوظة في انابيب من البلاتين (برومور الراديوم) توضع هي ومرشحاتها الكثيفة في باطن عنق الرحم أو في قعر المهبل محيطة بالرحم حيث تترك عدة ايام في مكانها على ان تراقب حرارة المريضة ويفكر دائماً في ان الموات الموضعي ممكن الحدوث

وهناك طريقة اخرى يشرك بها تأثير الراديوم باشعة X الفائقة النفوذ

يستعمل الراديوم اليوم كالاشعة الفائقة النفوذ بشكل مراكز تتجه اشعتها الى نقاط مختلفة نحو الورم . فتتحسن حالة الورم تحسناً واضحاً في كثير من الاحوال الا ان

النكس كثير الوقوع بعد مدة مختلفة · وانه ليصعب علينا في يومنا الحاضر ان نعرف قيمة المداواة الحقيقية· بالراديوم

اما عملية ورتهايم فنتائجها حسنة متى كان اجراؤها منطبقاً على الاصول ولاسيما في السرطان المحدود والمرأة الهازلة والرحم المتحركة

واما اذا كانت حدود الورم مشوشة ومحيط الرحم مرتشحاً وصلباً بعض الصلابة وكانت المرأة سامنة فيصعب اجراء عملية ورتهايم جد الصعوبة ·

وترجح عملية ورتهايم على الراديوم لان استئصال جميع العقد المصابة مستطاع بها وعرقلتها الاكثر وقوعاً هي النواسير البولية التي تنجم من موات الحالب متى عري تعرياً كبيراً ·

ومنهم من يشرك المعالجتين الاستشعاعية والجراحية معاً فينصح البعض بالراديوم قبل العمليات لانه ينقص حجم العنق ويزيل الانتان ويخفف من خطر التطعيم الجراحي ويحسن الحالة العامة

ولكن اذا تأخر اجراء هذه العملية اكثر من ثلاثة اشهر بعد الاستشعاع تصلبت اطراف الرحم وبات اجراء العملية صعباً

واما العقد فينبهها الراديوم ولا بأس في ذلك لان استئصالها في اثناء العملية ممكن

ويعتقد البعض ان استشعاعات الراديوم تسهل الاورام الانتقالية بعد العملية : اذا وقع نكس جاز الاستشعاع مرة واحدة حذاء المنطقة المصابة بالنكس

ومتى تجاوز السرطان حدود التوسط الجراحي كان لا بد من الاكتفاء بالمعالجة الملطفة وهي تقوم باستعمال :

الراديوم : ولا يجوز استعماله متى استولى السرطان على المثانة او الشرج لانه يسبب نواسير

الكشط والكي (كوردور التوتيا)

ولا يجوز الكشط قبل استعمال الراديوم لان ندب الجرح يعود صعباً ويكفي عادة ٣٠ — ٥٠ ميليكوري في ٤ — ٥ ايام

تشع ١٠٠ ميلغرام برومور الراديوم في ٢٤ ساعة ١٠ ميليكوري و٧٥ مليغرام برومور الراديوم ٧،٦٥ ميليكوري

ويجب ان يجري الاستشعاع الاول حسناً والا تصلبت نسج الآفة بعد مدة وعادت

منيعة على الراديوم فيعود الاستشعاعان الثاني والثالث اشد صعوبة من الاول ، والرابع ينكس

و يفقد الراديوم نصف قوته بعد ١٧ قرناً

و يستعمل المزوتور يوم (mesothorium) واستعماله واجب متى خابت الوسائط الاخرى

• فهو ينشط قوة المريضة المعنوية

النيوليز (néolyse) وهو ملح من ملاح المغنيزيا استعمله دلبه (Delbet) لا يضر وان يكن فعله : وهمياً

ملاح النحاس تركت اليوم

والراديوم احسن جميع العلاجات المذكورة

و يستعمل المرهم الاتي لوقاية النسج المحيطة بالفرج من المفرزات المخرشة :

اختيول	٤ غرامات
حمض التوتيا	٢٠ غراماً
نشا	٢٠ غراماً
فازلين	١٠٠ غرام

وتستعمل من العلاج الاتي ملعقة حساء في لتر ماء و يحقن المهبل بها مرة في اليوم اذا كانت رائحة المفرزات نتنة

كلورال	١٠ غرامات
فورمول	١٠ غرامات
صبغة الجاوي	٢٠ غراماً
ماء	كمية كافية لـ ٢٥٠ غراماً

وصفوة القول ان احسن واسطة لشفاء سرطان العنق هو الابكار في تشخيصه لان الطرق الجراحية تشفيه حينئذ ومتى اجريت العملية حسناً كانت نتيجتها افضل من الراديوم المطبق حسناً وقد حسن حنا لو يس فور الحصاء عمليته ورتهايم باستعمال طريقة ميكوليس القديمة في التخفيض ، ولا يزال الميكوليس موضوع المناقشة والحوار في ايامنا الحاضرة وفوائده لا تنكر لان المريضات يشفين بالميكوليس اكثر مما يشفين بدونه ، وقد هبطت نسبة الوفيات في مستشفي بروكا من ١٧ ٪ الى ٤ ٪ ويجب ان تعرف طريقة نزعه

في اليوم الاول يوم العملية .

في اليوم الثاني تنزع رفادتان او ثلاث رفادات سطحية وتوضع مكانها في فم الكيس رفادة جافة

في اليوم الرابع تنزع الفتائل العميقة فلا يبقى الا الكيس

في اليوم السادس يغسل الجرح بالماء المحمض الممدد

وكذلك الامر في اليومين السابع والثامن اذا كان التقيح غزيراً

في اليوم التاسع يبدأ بجر الكيس وفي اليوم العاشر يشد الخيط المربوط باسفل الكيس املاً باخراجه فاذا كان ملتصقاً وصعب ذلك يترك الى اليوم التالي ويجوز تركه حتى اليوم الثاني عشر

ثم يعقد خيط الانتظار الذي وضع يوم العملية بعد وضع احفوض في الجرح ويرفع هذا الاحفوض متى فارقت الحمى المريضة وهناك عرقلة يخشى شرها بعد العملية وهي الانسداد المعوي فتتقى بالطريقة الاتية :

يوضع مسبار في الشرج في اليوم الثاني الساعة الخامسة وتصنع في اليوم الذي يتلوه حقنة شرجية منبهة صغيرة (ملعقة نبيذ احمر في ٥٠٠ غرام ماء) ويغسل بعدها ويوضع في سياق اليوم الثاني مسبار

وفي اليوم الثالث — وهو اليوم الخطر — يجب ان تفسو المريضة فاذا انتفخت المعدة وقاءت المريضة قيئاً اسود او اخضر وجب غسل المعدة ثم غسل المعى بعد ساعتين بالمسبار غسلا غزيراً ويكرر ذلك ٦—٧ مرات اذا قضت الحاجة ويجب ان يجري الطبيب نفسه هذا الغسل

واذا لم تفسُ المريضة في اليوم الرابع كانت الحالة خطرة

الانسداد الالي : يقرع البطن فاذا بدت فيه تقلصات دودية وجب التوسط الجراحي ونزع الميكوليس

واذا كان السبب خذل (parésie) الامعاء الناجم من التهاب الخلب : يوضع الجليد على البطن ويتحاشى تحريكه ما امكن فاذ تحسنت الحالة يعطي زيت الخروع في اليوم الخامس او السادس وتنزع الخيوط في اليوم العاشر ويمكن في بعض حالات الخذل اذا لم يكن عائق آلي ان يستفاد من فعل الغدة النخامية فتوصف خلاصتها حقناً تحت او بطريق الفم او في حقنة شرجية .

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٢٨ م الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٤٦

نظرة في الميكوليز (Mikulicz)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

دخلت المدعوة أ . وعمرها ٣٥ سنة المستشفى العام في ٢٦ اذار سنة ١٩٢٧ مصابة في عضد بطنها بفلغمون تال لفتق سري كان قد اختنق منذ ١٦ يوماً وكانت في الشهر السادس من حملها .

وقد شعرت بهذا الفتق منذ عشر سنوات ولم يسبب لها اقل تشوش الا هذه المرة وقد حملت هذه المرأة تسع مرات عدا هذه المرة ولها خمسة اولاد احياء

وكان الورم واقعاً فوق الناحية المناسبة للسرة والى يمينها وفيه ثقب مدور كبير يعادل قطعة القرش السوري المعدنية تنصب منه انقاض تسج مائتة وصديد وغائط . وكان يسيل من هذا الثقب على زعمها كل ما كانت تتناوله من الاغذية . وكان الجلد محرشاً ومساحة التخرش واسعة جداً وحالة المرأة العامة سيئة وحرارتها ٣٩ . كل هذا كان يمنعنا عن الاسراع في اجراء العملية الجراحية ويدعونا الى تقوية المريضة بحقن تحت جلدها بالزيت المكوفر والمصل الغليكوزي

و بتقطير المصل الغليكوزي حسب طريقة مورسيف في مستقيمها اما الجلد فقد طليناه بمرهم الاختيول (المستعمل في سريريات حنا لويس فور) واما الجرح فقد ضمدناه يومياً بالكحول ·

غير ان المرأة على الرغم من كل هذا كانت تهزل هزالاً مستمراً كيف لا وهي مضطرة الى تناول ما يقوم بتغذيتها وتغذية جنينها في آن واحد الامر الذي حدانا الى اجراء العملية بدون تأخر وقد اجريناها في ٩ نيسان (بعد ان كان قد مرّ على اختناق الفتق ثلاثون يوماً)

وكانت حرارة المرأة حينذاك طبيعية وحالة الجلد احسن من يوم دخولها للمستشفى · وكان الورم الفتقي شبيهاً بالمرشة يعادل حجمه قبضة اليد وقد ضاق الثقب الذي كان ينصب منه السائل المعوي بغزارة فعاد معادلاً لقطعة نصف القرش السوري المعدنيـة وكانت تحيط به ٤ — ٥ نواسير بين حجم العدسة والحمصة ينصب منها سائل قيحي ·

· · · ·

العملية : خدرت المريضة بالايثير و بقناع امبردان وكان المعاون رئيس السريريات الحكيم نظمي القباني ·

اغلقت الثقوب بدلك مجاريها بالرفادات وطهر محيطها جيداً بصبغة اليود ثم أُجري شق دائري بعيد عنها انتهى في العالي والاسفل بشق خطي · فظهر بعد شق الجلد ان النسيج الخلوي الشحمي كان كثيفاً على الرغم من هزالها الامر الذي لم نكن ننتظره · وقد كشفنا هذا النسيج الشحمي حتى الصفاق مبتعدين ما امكننا عن المناطق المرتشحة و بعد ان حدد هـذا الورم الفتقي

المتقيح من كل جهاته لفّ برفادة فلم يعد يبدو غير الصفاق ٠

وكان مجمل هذا الورم معادلا بحجمه لحجم راس الجنين وكان تحريكه سهلاً واستئصاله كما يستأصل الورم ممكناً ٠ وقد استخرجنا في محيط الورم جميع النسج التي لم يرق لنا منظرها ثم وقينا ساحة العملية جيداً وشققنا الصفاق على مسير الشق الجلدي وفتحنا الخلب (البريطون) وحررنا هذا الورم الفتقي الذي لم يعد عالقاً الا بذنب موءلف من ثرب الفتق وقطعتي العروة المعوية الداخلة والخارجة فربطنا الثرب وقطعناه وقطعنا العروة وماساريقها فتحرر الورم الفتقي وكيسه ونزع كتلة واحدة ٠ ثم خطنا طرفي العروة التي كانت مختنقة احدهما بالآخر حسب طريقة توبه ٠

فبدا عندئذٍ المشهد التالي في ساحة العملية : في العالي الكولون المعترض محرراً من الثرب الذي ربط عند ملامسته لحافة الكولون ، في الاسفل الرحم الحامل ، وبينهما العروة المخيطة التي لم يعد من الثرب ما يكفي لسترها في العالي تضغطها العرى التي تدفعها الرحم وكانت هذه العروة التي خطناها مندفعة الى الامام بقطعة الماساريقا الملتصقة بتلك النقطة لان العروة التي اختنقت منذ شهر في كيس الفتق جرتها معها حسب ذلك الاتجاه ٠

فاذا اغلقنا البطن بقيت العروة ملامسة لخياطة جدار البطن وهذا مايستحسنه بعض الجراحين كل الاستحسان لانهم يدرأُون به الخطر عن الجريح اذا تفككت غرز الخياطة المعوية ٠ غير ان جدار البطن في هذه المرأة ليس طاهراً بل يخشى ان تنتقل منه الجراثيم الى العمق على الرغم من التطهيرات الشديدة التي طهرناه بها ٠ ومن يضمن لنا علاوة على ذلك طهارة العروة ونجاتها من التلوث

في اثناء العملية مع اننا بدلنا القفافيز والآلات والادوات التي استخدمت في شق الجلد ؟

فبناء على ما تقدم واستناداً الى ما قام من الجدال في جمعية الجراحة حول هذه القضية عولت على استعمال الميكوليز ولكن اعترضني امر وهو ايجاد قطعة من الثرب كافية لستر العروة غير انني لم اعبأ بـه وصممت على استعمال الميكوليز مهما كانت الحالة الحاضرة فصنعت جهدي لدفع العروة المخيطة الى مـا تحت الكولون المعترض املاً بان رباطه يقيها بعض الوقاية وان الكيس متى دفع الى ملامسة العروة يقيها في مكانها ويضمن المستقبل ويخفض الجـدار وجوف البطن ايضاً اذا قضت الحاجة وانه اذا ما ارسلت من الكيس استطالات تحت جدار البطن فصلت خط الخياطة الجداري وهو القسم الخطر الذي يخشى تلوثه عن الجيب الواقع تحته وما فيه من الاحشاء · وقد خيط الجدار طبقة واحدة بشعر فلورنسة غرزاً متفرقة ·

بعد العملية : لازم القيء المريضة ٣٦ ساعة وقد اخذها وهي على منضدة العملية وكانت هذه الاقياء غزيرة فنسبتها الى التسمم بالايثير الذي زيـد على التسمم بالحمل ·

فحقناها بالكظرين (ادرنالين) وغسلنا معدتها مرتين في اليوم ولم ننقطع عن استعمال الزيت المكوفر وتقطير المصل الغليكوزي في مستقيمها حسب طريقة مورفي وقد كان النبض ١٢٠ فعاد في اليوم الثاني الى ١٠٠ فالى الحالة الطبيعية بعد ان فست المريضة ولم تعلُ الحرارة مطلقاً الى ٣٧ ·

وسمح لها بتناول السوائل المحلاة منذ زوال القيء وبالحليب في اليوم

الثالث وبالخبز والخضر والبيض في اليوم الخامس ·

وقد تمّ نزع الميكوليز في اليوم التاسع حسب القواعد المرعية الاجراء في مستشفى بروكا واعطيت المريضة مسهلاً في اليوم الثاني عشر ونزعت الخيوط في اليوم الثالث عشر وسمح لها بالوقوف في اليوم العشرين فلم ترضَ المريضة بعد ذلك بملازمة المستشفى فتركته في السادس من ايار قبل ان يمر شهر على دخولها له ، ولم يكن قد تم اندمال الجلد حينئذٍ لان الجرح بقي في النقطة المناسبة لدخول الميكوليز عارياً من الجلد · ولم تكن تتجاوز مساحة تلك البقعة قطعة القرش السوري المعدنية · وكانت الرحم التي بلغت الشهر الثامن من الحمل قد تجاوزت هذا السطح المعرى دون ان تبدو اقل علامة دالة على فتق او خروج بطن وكان الغائط طبيعياً ومنتظماً · ولم تتقيح الغرز مطلقاً غير ان الجوف المناسب لكيس الميكوليز نزَّ منه سائل كريه الرائحة بضعة ايام لانه قريب من الكولون فزال التعفن ببضعة تضميدات بمحلول دكان والمصل ·

· · · ·

ان فائدة الميكوليز في هذه الحادثة لا تنكر ولعل الندب كان اسرع والامر كان قد سار سيره الطبيعي بدون الميكوليز وبتحفيض (drainage) الجدار بشعر فلورنسة بعد اغلاق الخلب اغلاقاً تاماً · وانني لو لم اقرأ الجدال الحديث الذي دار في جمعية الجراحة لما كنت ترددت اقل تردد في اغلاق الخلب مع انني من دعاة الميكوليز في جراحة الدماء ·

ولكن بماذا اثبت فائدة الميكوليز في هذه الحادثة ؟ انني قد تساءلت كثيراً حين وضع الميكوليز وبعده ما عساه ان يخرج وراء الكيس بعد نزعه · وقد

رأينا ان الامر قد تم على ما يرام وان الناسور لم يحدث وان خياطة العروة التي كانت ، ولست اشك في ذلك ، ملامسة للكيس لم تتفكك وان الجدار الذي كان يخشى ان يكون مصدراً للتعفن قد تحفض دون ان يطرأ اقل تفاعل التهابي ظاهر ، وان الحرارة لم تعل مطلقاً وان اندمال الجرح لم يؤخره نمو الرحم الحامل وان مجرى المواد الغائطة قد عاد الى ما كان عليه في الحالة الطبيعية ٠

واكبر دليل على حسن هذه الطريقة شفاء المريضة ولعلكم تتساءلون ما عساه ان يكون مستقبل هذه المريضة ؟ سؤال تصعب الاجابة عنه منذ الان غير ان المريضة لم تعد الي" الامر الدال على ان شفاءها كان ثابتاً ٠ ان هذه المشاهدة المعقدة ونجاح الميكوليز فيها يدعواني الى استعمال هذه الطريقة في جراحة الامعاء وانني آسف لانني لم الجأ اليها قبل الان في بعض الحالات التي لم يكن من أمل فيها فلعل استعمال الميكوليز كان اداة شفاء لاولئك المرضى ٠ غير اني لن اتأخر في المستقبل عن استعمال هذه الطريقة كلما سنحت الفرصة ٠



فالج شقي ايسر مع ضياع اللفظ

نوب ضحك جنوني مباينة لصحة الايماء المؤلم(1)

للحكيمين جود وترابو استاذين في معهدنا الطبي

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان مشاهدات الفالج الشقي الايسر مع ضياع النطق عادية لا تستحق الذكر لان ما دار حولها من المناقشات وما اشكل من امر خلقتها (فسيولوجيتها) وتشريحها المرضي قد جلي · غير ان المشاهدة التي ننشرها اليوم جديرة بان تعلن لانها مشاهدة فالج شقي ايسر مع ضياع النطق في رجل يستعمل يمناه مع ان الآفات الدماغية تكون في الغالب وحيدة الجانب وعميقة ولان تعليل مشهدها السريري مستطاع دون الالتجاء الى فرضية الاهرام غير المتصالبة· وعدا ذلك فان نوب الضحك الجنوني المزيدة على هذا الفالج الشقي تعيد المشاهدة كثيرة الفائدة وهذه هي :

دخل رمازو المستشفى العسكري بدمشق في ١٩ شباط سنة ١٩٢٨ وتشخيص مرضه : ضياع النطق وفالج شقي ايسر · فبدأنا بفحص جسده لان المريض لم يكن ليستطيع الكلام فوجدنا : الطرف العلوي الايسر متقفعاً كما هي العادة والعضد ملاصقاً للجذع والساعد يؤلف زاوية درجتها ٤٥ واليدين منعطفتين انعطافاً عنيفاً والاصابع كذلك والابهام متجهاً الى باطن

(1) Hemiplégie gauche avec anarthrie . Accès de fou rire contrastant avec la corrcetion de la mimique douloureuse

نشرت في مجلة الامراض العصبية في جزء ايار سنة ١٩٢٨

اليد بين الاصابع الاخرى والراحة والرجل اليسرى منبسطة ومتقاصة بعض التقلص وتكاد تكون طبيعية لان الساق والفخذ تجريان بعض حركات العطف والبسط وترتفعان عن سطح السرير بيد ان العضد جامد لا يبدي حراكاً ٠ ووجدنا نصف الوجه الايسر مشلولا والصوار متجها الى اليمين والخد مسترخيا يتموج بعض التموج مع حركات التنفس والمريض عاجزاً عن النفخ والصفير وزاوية اللسان متجهة الى الجهة المريضة وحركات اللسان جميعها ممكنة مع بعض الصعوبة ٠ وتحققنا ان في البلع والمضغ بعض الصعوبة ٠ وان العين اليسرى تنغلق انغلاقاً ناقصا متى سُئل المريض اغلاق عينيه معا وان هذا النقص يزداد متى سُئل ان يغلق العين اليسرى وحدها ٠ وان الانعكاسات الوترية والعظمية في الطرفين السفلي والعلوي الايسرين متزايدة وان في الرجل اليسرى انتفاضات صرعية الشكل وان علامة اوبنهايم تبدو في الرجل اليمنى متى تحري الانعكاس الاخمصي في اليسار بيد ان هذه العلامة لا تظهر في الجهة اليسرى ٠ وان الانعكاسات البطنية والصفنية ناقصة في اليسار وانه لا تشوشات حسية ولا داء رقص نصفي ولا حركات غير ارادية نصفية (hémi athétose) ولا تشوشات غذائية وان نصف الجسد الايمن سليم ٠ وبعد ان ثبت لنا الفالج الشقي العضوي التام الايسر بدون بطلان الحس النصفي مررنا الى درس ضياع النطق الذي سهل علينا درسه لان المريض يعرف القراءة والكتابة ولانه لم يفقد شيئا من ملكاته العقلية فهو يفهم فهما تاما الاوامر المعطاة بصوت عال ويجريها بدقة ويجري ايضا الاوامر المعطاة كتابة ويكتب كتابة صحيحة ما يملى عليه وينقل الكلمات المطبوعة نقلا سريعا وسهلا ٠ غير ان التكلم العفوي غير مستطاع

فهذه المعاينة تدلنا على ان مريضنا مصاب بضياع اللفظ الصرف حسب تعريف بطرس ماري (لانه حافظ على ملكاته العقلية اتم المحافظة وعلى الكتابة والقراءة ولم يفقد الا اللفظ) مع ان حركات اعضاء النطق سليمة كما ابنا ذلك في سياق معاينة الجسد وتشوشات النطق ليست ذات علاقة بآفات بصلية كاذبة · ومريضنا شاب عمره ٢٤ سنة مصاب بفالج شقي وليس مصاباً بآفة بصلية كاذبة ومرضه حديث العهد ولا تصح نسبته الى عطل ناجم من تلف خلالي بطيء في الدماغ لسنا ننكر كما ذكرنا ذلك في صدر مشاهدتنا ان المريض مصاب بنوب ضحك جنوني غير ان الضحك والبكاء التشنجيين شيء ونوب الضحك الجنوني شيء آخر وليست نوب الضحك هذه في مشاهدتنا من نوع الضحك والبكاء التشنجيين · فهي نوب ضحك تنتاب المريض كثيراً بدون سبب كافٍ لحدوثها مثال ذلك انها تبدو على اثر غرز الابرة في القطن · فهو ضحك لا مبرر له يستمر دقائق عديدة و يعاود المريض كالضحك الذي يستولي على شخص سليم متى اصغى الى قصة مضحكة فهو لا يتصف بصفة التشنج ولا الشدة كما يتصف ضحك المصابين بآفات بصلية كاذبة وبفالج شقي · وعدا ذلك فإن النوب لا تتناوب ابداً مع نوب البكاء ·

وسمات الحزن في مريضنا طبيعية واننا في اثناء درسنا لملكاته العقلية كلمناه عن اقاربه واخوته و بلده فابكته هذه الذكريات وسالت الدموع غزيرة على وجنتيه وكان بكاؤه هادئاً ملطفاً ناجماً من تأثير حقيقي · وليس في مريضنا اقل تشوش عقلي ولم تنقص ذاكرته نقصاً قسمياً ولا خاصاً وانتباهه صحيح وقوته الحاكمة وتأليف افكاره طبيعيان لا خلل فيهما · فهو قد افادنا بكتابة

افادة دقيقة عن بدء مرضه الذي اصابه تدريجياً دون ان يفقد شعوره فقداً فجائياً وعن تاريخ ولادته واسم البلد الذي ابصر النور فيه وقد امرناهُ بان يكتب «ولدت في الصين» فبدت على محياه سمات الاستنكار وكتب «ولدت في مدغسكر» . وهو يحلل بروية التشوشات التي طرأت على حركات وجهه . ولا يتنبه تنبهاً شديداً بل يصف لنا حالته فيقول انه متى ضحك لا يكون ضحكه دليلاً على سروره بل ان نفسه تحزن لبدور هذا الضحك منه لانه يرى ان في ضحكه قلة ادب غير انه لا يقوى على ضبط هذه النوبة التي تعتريه وهو يعمل متى بدرت منه على ايقافها بدون جدوى ويمسك في يده دائماً خرقة يولجها في فمه املاً بايقاف نوبة الضحك التي يشعر بمجيئها . ولنوب هذا الضحك الجنوني دلالة كبيرة من وجوه متنوعة فهي لا تدخل في دائرة الضحك والبكاء التشنجيين بل تدل على ان بين سيماء الضحك وسيماء البكاء فاصلاً اذا اقررنا مع بريسو بان سيماء الانفعال تسلك طريق القشرة والسرير البصري مارة بالمحفظة الباطنة وبان الحزمة النفسية منقسمة الى حزمتين مختلفتين احداهما عائدة الى سيماء الفرح والاخرى الى سيماء الحزن . وينتبه مريضنا ايضاً الى ورود نوبة الضحك الجنوني الشديدة والحركة المضادة لها كما في العرة (tic) العقلية التي يجلى جوهرها العضوي يوماً عن يوم . فالافات التشريحية المرضية التي تصورناها في هذه الحادثة تعلل مجموعة الاعراض التي يبديها مريضنا . فهي واقعة كما يظهر لنا في الناحية التي تجتازها حزمة بريسو النفسية . ان مريضنا لا يبدي اقل تشوش عقلي وهو ليس مصاباً بضياع النطق بل بضياع اللفظ ويجب حسب رأي بطرس ماري ان يميز ضياع اللفظ الصرف عن

ضياع النطق الحقيقي الذي يصحبه في الغالب تشوش العقل · وليست القشرة العاقلة هي السبب في مريضنا بل ناحية ما تحت القشرة · ينسب كارلوس فوا ولافي ضياع اللفظ الصرف الى تلين سلفيوس العميق المركزي · وسبب هذه الحالة في مريضنا التهاب الشريان الزهري لان ندبة القرحة بادية على قضيبه ولانه حديث السن خالٍ من علامات الافات القلبية المحدثة للصامات وقد بدا تفاعل واسرمان في دمه ايجابياً وكذلك القول في تفاعل الجاوي الغروي · · وقد تحسنت اعراضه جميعها : الفالج الشقي والضحك وضيـاع اللفظ تحسناً واضحاً بالمعالجة المضادة للزهري ·



المداواة بالاشعة فوق البنفسجي ونتائجها

في بضع عشرة مشاهدة

«٢»

للحكيم حسني سبح رئيس السريريات الباطنة

النتائج الدوائية والمشاهدات السريرية :

قلنا في بدء مقالنا الذي نشر في الجزء السابق ان الاشعة ف · ب يتخذها البعض دواءً عاماً يركن اليه في جميع الحالات التي تعصي المعالجات العادية فقد جربها اطباء عديدون في شتى الامراض وذكروا عنها نتائج متباينة جداً فبينما يوصي بها البعض في مداواة السل الرئوي نرى البعض الاخر يبين المحاذير الشديدة الوخيمة من استعمالها في هذا الداء الوبيل مثبتاً ذلك بالادلة والمشاهدات العديدة

والحقيقة هي انه ليس للاشعة ف · ب فعل الا في بعض حالات خاصة جلها في الاطفال · واما ما يعزى اليها من التأثير الحسن في شتى الآلام العصبية فعائد الى الاقتناع الذاتي اكثر من عودته الى تأثير الاشعة ·

واننا نأتي الان على ذكر ما جنيناه من الفائدة في المداواة بالاشعة فوق البنفسجي موردين المشاهدات التي تمكنا من جمعها وبما ان مشاهداتنا لا تتعدى الامراض الباطنة فاننا سنأتي بعد سردها على ذكر الامراض الاخرى التي تنجع فيها الاشعة مستندين الى اراء الذين استعملوها زمناً طويلاً ·

(١) الاشعة ف · ب · في الافات السلية :

ان ما عرف عن خواص الاشعة وتأثيرها في التغذية العامة وما تحدثه من النشاطين الجسمي والروحي في المداوى بها جعل لها المكان الاول في معالجة الامراض السلية ما خلا الافات السلية الرئوية التي ثبت ضرر الاشعة بها على عكس ما ادعاه بعض اطباء الالمان في بدء استعمالها ·

فيجب والحالة هذه ان تفحص رئتا من تراد مداواته بالاشعة ف · ب فحصاً دقيقا حتى اذا كانتا سليمتين جازت المعالجة بها والا امتنعت ولو كان المريض مصابا بآفة اخرى تستدعي هذه الاشعة لان استعمالها حينئذ يوقظ الافة الرئوية الهاجعة ويحدث ما لا تحمد عقباه ·

استعملنا الاشعة ف · ب · في حوادث سلية مختلفة نسرد اهمها ·

(أ) التهاب الخلب الدرني ·

استعملنا الاشعة في اربع حادثات من التهاب الخلب الدرني الحبني فكان التحسن باهراً جداً في اثنتين واخف في الثالثة ولم نرَ فائدة في الحادثة الرابعة وانّنا نعزو الفشل الى ازمان المرض في الحادثتين الاخيرتين والى اشتراك المعى بالتدرن

المشاهدة ١٧ — السيدة ج · شقراء اللون عمرها ٢١ سنة اصيبت في صغرها بالتهاب العقد البلغمية الدرني في اماكن مختلفة · ظهر فيها التهاب الخلب مع حبن منذ ثلاثة اشهر · حرارتها لا تتعدى مساء ٣٧،٥ وزنها ٥٧ كيلوا محيط بطنها في الخط السري ١١٥ سم رئتاها سالمتان ، في قاعدة رئتها اليمنى احتكاك ، اشتهاوءها للطعام متوسط نبضها ٩٢ ضغطها الشرياني ١٢ — ٧،٥ ··

عولجت بالاشعة فعرضت لها ست دقائق عن بعد ٩٠ سم في الجلسة الاولى

فظهر في جلدها احمرار مع حكة شديدة بعد خمس ساعات وزالت بعد يومين اجريت الجلسة الثانية بعد اربعة ايام بالمدة والبعد نفسيهما ثم ثوبر على المعالجة حسب الطريقة التي بيناها حتى بلغت مدة التعرض للاشعة في الجلسة التاسعة ٤٠ دقيقة والبعد ٥٠ سم وأُعيدت الجلسات كالجلسة الاخيرة ٨ مرات فكان مجموع الجلسات ١٧ · ظهر الصباغ على صدر المريضة وبطنها وكان اشده على ظهرها ولم يصبها في اثناء المداواة سوى أن حرارتها ارتفعت الى ٣٨ في الاسبوع الاول ثم عادت الى حالتها الطبيعية وقد عاد اليها الطمث بعد ان كان قد غاب عنها منذ شهرين وتحاشينا تعريضها للاشعة مدة الطمث ·

تحسنت الحالة العامة بتأثير الاشعة التي اشركناها مع المعالجة الطبية المعتادة فاصبحت حرارتها مساء ٣٧ أو ٢ ، ٣٧ واخذ الحبن بالتناقص تناقصاً تدريجياً فعاد محيط بطنها بعد شهر من المداواة الى ١٠٦ وفي نهايتها الى ٩٩ سم ·

وبعد ان انقطعت عن المداواة اشرنا عليها بتبديل الهواء فذهبت الى جبال لبنان ثم شاهدناها بعد ثلاثة اشهر فوجدنا ان وزنها قد ازداد ٨ كيلوات وان محيط بطنها ١٠٢ مما يدل على السمن الذي احرزته واستمر التحسن بعد المداواة رغم انقطاعها عنها

المشاهدة ٢٣ — طفل في السنة العاشرة من عمره اصيب بالتهاب الخلب الدرني الحبني منذ شهرين · حرارته المسائية ٦ ، ٣٧ اعضاؤه سالمة محيط بطنه ٥٨ ووزنه ٢٣ كيلواً

عولج بالاشعة فعرض لها في البدء ست دقائق عن بعد متر ثم ثوبر عليها فزيدت مدة التعرض وانقص البعد حسب الطريقة السالفة · فتحمل

الطفل الاشعة جيداً و بدا على جلده احمرار في الجلسة الاولى ولم يلبث ان زال في اليوم التالي . وتأخر ظهور الاصبغة فيه ولم تكن شديدة كما في المريضة السابقة أُجريت له ١٢ جلسة مع المثابرة على التدابير الصحية والادوية المقوية فتحسنت حالة المريض وعاد محيط بطنه الى ٥٢ بعد سبع جلسات والى ٤٩ سم بعد انتهاء الجلسات . واستمر التحسن بعد انقطاعها وقد شاهدناه بعد شهرين من انتهاء المعالجة فكان محيط بطنه ٤٩ سم ووزنه ٢٢٫٥ كيلواً .

المشاهدة ٣١ — السيدة ع . عمرها ١٨ سنة أُصيبت بالتهاب الجنب مع حبن وجناب مصلي ليفي ايسر عولجت بالاشعة بعد ان تم شفاؤها من الجناب تسع جلسات حسب الطريقة السابقة فلم تتحسن فتركت المريضة المداواة وغابت عن نظرنا .

(ب) التهاب العقد البلغمية الرغامية القصبية الدرني

استعملنا الاشعة ف . ب في طفلين مصابين بالتهاب العقد البلغمية القصبية السلي:

المشاهدة ١٠ — الطفلة أ . عمرها خمس سنين أُصيبت بالحصبة منذ ثلاثة اشهر ثم اعتراها في زمن النقه سعال نوبي ديكي الشكل فذات القصبات وارتفعت حرارتها . كانت حرارتها المسائية حين فحصها ٣٧٫٥ ، نحيلة البنية شاحبة اللون قليلة الطعام وقد تبين من فحص صدرها ان عقدها البلغمية الرغامية القصبية منتبجة في الجهة اليمنى . اجرينا لها ثماني جلسات فابتدأنا باربع دقائق عن بعد متر ثم زيدت المدة على الطريقة المعتادة فتحسنت حالتها منذ الجلسة الرابعة واستعادت نشاطها وخف سعالها ثم زال بعد ترك المعالجة بثلاثة اسابيع وزاد وزنها و بدت عليها علامات الصحة .

المشاهدة ٢٦ — الطفل ع٠ عمره ٧ سنين نحيل البنية يشكو سعالاً ديكي الشكل اعتراه بعد نزلة صدرية مع ارتفاع الحرارة وظلت نوب الحمى تنتابه حيناً بعد حين ثلاثة اشهر تبين من معاينته ان عقده الرغامية القصبية منتبجة في الجهة اليمنى ولم تظهر الحييوينات الدموية في دمه ٠

عولج بالأشعة على الطريقة ذاتها عشر جلسات فزالت الاعراض بما فيها السعال والحرارة وقد رأينا الطفل بعد انتهاء المداواة بخمسة اشهر فاذا به يتمتع بصحة جيدة ٠

وقد اشركنا المعالجة الدوائية في كلتا المشاهدتين بالاشعة لاننا نعتقد بحسن فائدتها ٠

٢ً — الخرع (rachitisme)

عالجنا اربعة اطفال مصابين بالخرع فشفي منهم ثلاثة ولم يشف الرابع لان مرضه كان قديماً وقد تمكن من الوقوف بعد المعالجة غير انه لم يستطع المشي واننا نذكر من هذه المشاهدات اثنتين فقط حذراً من التطويل

المشاهدة ١٨ — الطفلة ع٠عمرها ثلاث سنين وشهران مصابة بالخرع لا تقوى على المشي جيداً ٠ واذا مشت سقطت بعد بضع خطى ٠

عولجت بالاشعة فاصبحت قادرة على الوقوف المديد بعد الجلسة السابعة وتحسن مشيها واصبحت لا تهوي كعادتها بعد الجلسة الخامسة عشرة واستمر تحسنها بعد انقطاع المعالجة اي بعد الجلسة العشرين فكان مجموع ما تعرضت له من الاشعة ٧ ساعات و١٠ دقائق ٠

المشاهدة ٢٢ — الطفل ج٠ في السنة الثانية من عمره مضاب بالخرع الذي

كانت اعراضه جميعها بادية فيه حتى ان يافوخه المتوسط كان لا يزال ظاهراً حتى هذه السن · وهو لا يقوى على الانتصاب ولا المشي بتاتاً ·

عولج بالاشعة فتحسن تحسناً تدريجياً وتمكن من الوقوف بعد الجلسة الثانية عشرة ومشى بعض خطى بعد الجلسة العشرين ومشى جيداً بعد الجلسة الخامسة والعشرين وصغر حجم يافوخه حتى اذا انتهت المعالجة لم يبق منه سوى قسم صغير زال بعد انقضائها بثلاثة اشهر · ومجموع ما تعرض له الطفل ٩ ساعات ونصف الساعة ·

واما مشاهدتنا الثالثة فهي عن طفلة في سنتها الرابعة يافوخها لا يزال باقياً لم تتمكن بعد الجلسة العشرين الا من الانتصاب فقط على ان حالتها العامة تحسنت تحسناً ظاهراً وصغر يافوخها فقطعنا المعالجة عنها ثلاثة اسابيع ثم عدنا اليها ثانية وهي لا تزال قيد المعالجة الى الان ·

٣ – التكزز (tétanie)

لم يسعدنا الحظ الا بمعالجة طفل واحد مصاب بالتكزز وقد كان للاشعة فيه الفعل العجيب واليك المشاهدة :

المشاهدة ١٥ : طفل في السنة الخامسة من عمره مصاب بالتكزز منذ شهرين عالجه اطباء عديدون معالجات متنوعة فلم يستفد وجل ما جناه من هذه المعالجات انها كانت توقف نوبه مدة لا تتجاوز اليومين · جيء بهذا الطفل الينا بعد ان انتابته في الليلة الفائتة ثلاث نوب فتحققنا تشخيص التكزز بعلامتي وايس وشواستك (Weiss، Chewostek) · فعالجناه بالاشعة ف · ب وحدها فقط دون ان نشرك بها معالجة اخرى فزالت النوب بعد الجلسة الاولى على اننا ثابرنا على المعالجة

اربع جلسات وكنا نجري له جلستين في الاسبوع فشفي الطفل شفاء تاماً من التكزز ثم رأيناه مرة ثانية بعد شهرين من انتهاء المعالجة فذكر لنا والداه انه لم يصب باية نوبة خلال تلك المدة

٤ً — الاختلاج الطفلي :

استعملنا المعالجة بالاشعة ف · ب في طفـل (المشاهدة ٢٧) عمره ستة اشهر كان مصاباً بنوب اختلاجية تنتابه في اليوم مرتين او ثلاث مرات · ابواه صحيحا البنية ليسا مصابين بالزهري (وقد ايدت ذلك سلبية تفاعل واسرمان) غير ان والدته عصبية المزاج وكانت تصاب في طفولتها بنوب اختلاجيـة متى انفعلت كما انها اصيبت بنوب شبيهة بها في اثناء حملها للطفل المذكور ·

عالجنا هذا الصغير بالاشعة ف · ب فخف عدد النوب بعد الجلسة الاولى حتى انه لم يصب بسوى نوبة واحدة خلال ثلاثة ايام ثم زالت النوب تماماً بعد الجلسة الثالثة وثابرنا على المعالجة نفسها خمس جلسات فشفي شفاء تاماً ·

٥ً — الربو الطفلي (asthme infantile) :

لدينا مشاهدة واحدة تدل على فائدة الاشعة في الربو الطفلي وهي : الطفل ص · · عمره ثلاث سنين اصيب منذ اسبوع بنوب زلة شديدة تنتابه في الليـل فقط مع سعال وقد بان لنا من فحصه ان في صدره خراخر مخاطية وان حرارتـه ٣٨٫٥ · ولما كان ابواه مصابين بالزهري عالجناه المعالجة النوعية واشركناهـا بالمعالجة العرضية المعتادة فلم يبدُ فيه سوى تحسن قليل · فجربنـا له المداواة بالاشعة ف · ب فخفت شدة النوب بعد الجلسة الاولى ثم زالت تماماً بعد الجلسة الثانية ولم نستعمل له سوى اربع جلسات فقط واستمر تأثير المعالجة لانـه لم

يصب بعدها بنوب على اننا ثابرنا في الوقت نفسه على المداواة النوعية المضادة للزهري

٦ ـ فاقة الدم

لدينا مشاهدتان عن فاقة الدم نقتصر على ذكر احداهما :

المشاهدة ١٣ : الابنة ف . . في السنة الحادية عشرة من عمرها مصابة بفاقة دم وقمه شديد ، عدد كرياتها الحمراء ٣٢٥٠٠٠٠ في الملمتر المكعب ، خضاب دمها ٦٥ ، . فحصنا اعضاءها فلم نجد ما يوضح لنا سبب فاقة دمها عاينا برازها فلم نكشف فيه سوى بعض بيوض الحبليل (اسكريد) ولعل القمه وقلة التغذية الناجمة منه كانت السبب الاساسي في فاقة دمها .

اعطيناها عطر الشانو بوديوم (essence de chenopodium) فاخرجت سبعاً من الحبليل اعطيناها مركبات الزرنيخ والحديد فلم تفدها .

عالجناها بالاشعة مرتين في الاسبوع وزدنا مدة الاشعة وقربها فتحسنت منذ الجلسة الخامسة واستعادت بعض قواها وزاد اشتهاؤها للطعام ولم تزل سائرة في طريق التحسن حتى الجلسة العاشرة ، فحصنا دمها فكان عدد كرياته الحمراء ٤٢٠٠٠٠٠ وخضابه ٨٥ ، . واستمر التحسن بعد انقطاع المعالجة وزالت الاعراض التي كانت تشكوها .

النتائج السريرية المستحصلة بالمداواة الشعاعية

ان ما ذكرناه من المشاهدات القليلة لا يصح ان يبنى عليه رأي حاسم عن فائدة الاشعة ف . ب . في المداواة ولذا نرى اتماماً للفائدة ان نذكر طرفة من فوائدها السريرية في شتى الامراض . وبما انه اظهر فائدة تجتنى من الاشعة هي في طب الاطفال فاننا نسرد رأي تكسيه عنها :

ان مجال المداواة بالاشعة ف . ب فسيح للغاية فبها تداوى الافات المختلفة فتتحسن او تشفى : التظاهرات العصبية، امراض العظام، اختلالات النمو ، العلل الجلدية ، الامراض الانتانية ، النقه .

الحالات الاختلاجية والعصبية في الطفولة الاولى : ان التظاهرات العصبية الاختلاجية التي يكثر حدوثها في الطفولة الاولى والمسماة الحالة التشنجية (spasmophilie) كتشنج الحنجرة (laryngospasme) او تشنج لسان المزمار (spasme de la glotte) والتكزز تشفى شفاء اكيداً بالاشعة فوق البنفسجي . لان جميع هذه التظاهرات المذكورة تتصف بقلة المواد الكلسية في الدم وما من يجهل ان الاشعة ف . ب تزيد كمية هذه المواد من ٦٠ مغ . الى ١١٦ مغ . كما ذكرنا آنفاً

ويقول تكسيه ان تأثير الاشعة ف . ب في هذه الحالات العصبية تأثير خاص نوعي شبيه بتأثير صفصافاة الصودا في الرثية المفصلية الحادة والكينين في البرداء . والعجيب ما ذكره روهمر ان ملاح الكلس تؤثر في هذه الحالات المرضية تأثيراً موقتاً لان هذا التأثير يزول بعد انقطاع المداواة على ان المداواة بالاشعة ف . ب تؤثر تأثيراً مستمراً وتبقى كمية الكلس في الدم مرتفعة بعد انقطاع الاشعة .

اختلالات التعظم :

الخرع : تأكدنا اليوم ان سببه الوحيد اختلال تطور (métabolisme) الكلسيوم والفوسفور وان اشعة ف . ب تؤثر تأثيراً يكاد يكون نوعياً في الالية المنظمة لهذين العنصرين الاساسيين . وقد ابان الاستاذ مرفن وتلاميذه التغيرات المحسوسة التي تحدثها المعالجة فهي، تحسن الحالة العامة بسرعة فيعود الاشتهاء

ويزداد الوزن ويعود النشاط وتنقص فاقة الدم فقد ذكر احدهم ان الكريات الحمراء تزداد مليوناً بعد ثلاث جلسات مدة كل منها عشر دقائق . والاطفال الذين لا يقوون على الجلوس في اسرتهم يجلسون بعد بضع جلسات ثم يقفون ويتمكنون من السير بعد عشرين جلسة تقريباً .

ولا تأثير للاشعة المذكورة في الحالات المزمنة اي في من بلغوا الطفولة الثانية ويعتقد ورميجر ان للاشعة ف . ب تأثيراً واقياً من الخرع عدا تأثيرها الشافي وهو يوصي بتعريض الاطفال الذين يخشى عليهم من الخرع للاشعة ف . ب وكذلك القول في المصابين باختلالات هضمية والمولودين ولادة مبتسرة ، والمهزولين

اختلالات النمو : تستعمل الاشعة ، بناء على تأثيرها المغذي الناجم من فعلها في تحويل المواد المعدنية في الجسد ، في جميع الحالات المتصفة بنقص النمو والمصحوبة بفاقة الدم فتحسن العوارض المسببة لاختلالات النمو كالتشوشات المعدية المعوية . وينقطع القيء والاسهال منذ الجلسة الثانية وتتحسن الحالة العامة وتنمو العظام

اختلال وظائف الغدد الوعائية الدموية :

ان ما ذكرناه عن خواص الاشعة الخلقية وتأثيرها في التطور الاساسي يوضح لنا تأثيرها الجلي في حالة القصور الدرقي . ووهن القوى (asthénie) الناجم من قصور الكظر . وذكر بعضهم فعلها الحسن في الانفضاج (obésité) الناشيء من اختلال الغدد .

العلل الجلدية

تشفى العلل الجلدية الطفيلية كداء النخالة الخضراء(dityriasis versiçolor)

وداء الفطر (micosis) بسرعة ولا سيما اذا اشرك الايود معها وكذلك القول في داء الصدف والصلع(alopécie) فانهما يشفيان ايضاً بالاشعة فينبت الشعر ·

وعدا هذه العلل الجلدية فان الاشعة فوق البنفسجي توثر في جروح العمليات والنواسير المختلفة فتندمل بسرعة ·

الامراض الانتانية والنقه

تستعمل الاشعة في الحالات الدرنية المزمنة فقد عولج التهاب الخلب الدرني وشفي بها بسرعة وكذلك انتباج العقد البلغمية الدرني المنشإ يتحول بتأثير الاشعة · فالعقد البلغمية غير المتقيحة تشفى بعد ١٠ — ١٥ جلسة وتندمل النواسير وتنسد في المدة نفسها على ان تكسيه لم يحصل على هذه النتائج في الغدد المتقيحة بل شاهد التحسن في الغدد المتصلبة فقط واستعملت الاشعة ايضاً في تدرن العظام وفي انتفاخ العظم (spina-ventosa)فكانت تشفى بعد عشرين او ثلاثين جلسة ·

واستعملت الاشعة ايضاً في التراث الزهري المصحوب بنقص النمو وتسرع الاشعة زمن النقه في الامراض الحادة وتوءثر في انتباج الغدد البلغمية العادي (العنقي او المنصفي) وبقايا الجنابات ·



حادثتا غشي في اثناء التخدير عولجتا بحقن القلب بالكظرين «ادرنالين» وانتهتا بالشفاء

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية

كنا ارسلنا منذ بضعة اشهر هاتين الحادثتين الى جمعية الجراحة في باريس وقد شاء الموسيو توبه ان يتكرم بتقديمهما اليها في الجلسة التي عقدت في ٤ تموز سنة ٩٢٨ وارتأت الجمعية نشرها في الجزء الرابع والعشرين من مجلتها مع مشاهدة للحكيم بانزه من باريس وانا نكتفي بنشر مشاهدتينا وما قاله الموسيو توبه بعد قراءة المشاهدات الثلاث :

المشاهدة الاولى :

ر ٠ أ ٠ — عمره عشرون سنة دخل سريريات الجراحة في معهدنا الطبي بدمشق في ٢٨ اذار سنة ١٩٢٦ لاجراء عملية فتق اربي ايسر ، ليس في سوابقه ما يستحق الذكر ، صحته جيدة ، وبوله خالٍ من العناصر المرضية ٠

العملية : اجرينا العملية في ٢٩ اذار سنة ٩٢٦ ، خدر بالايثير وبجهاز امبردان فلم نكد نشق الجلد حتى شعرنا بان التنفس قد انقطع والوجه قد ازرق والحدقتين قد توسعتا والنبض الكعبري قد زال ٠ فاسرعنا الى اجراء التنفس الصناعي وجررنا اللسان جراً منتظماً وحقنا تحت الجلد بالبنين (كافئين) فلم يعد التنفس الى الظهور ولم تسمع بالاصغاء دقات القلب وكانت قد مرت دقيقتان فحقنا حينئذٍ القلب بملغرام كظرين (ادرنالين) في الورب الرابع الايسر

بملامسة القص وذلك بابرة بزل قطني دقيقة غرزناها في القلب وحدهـا دون ان تكون عالقة بالمحقنة فلم تتحرك الابرة ثم طبقنا المحقنة على الابرة ودفعنا سم ٣ واحداً من الكظرين فشعرت في الحال يد رئيس سريرياتنا الحكيم نظمي القباني الذي كان ماسكاً الابرة بانامله بنبضات عنيفة واكملنا التنفس الصناعي فشهق المريض بعد بضع ثوان وظل التنفس متقطعاً غير منتظم ثلاث دقائق وبـدأ الازرقاق بالخفة ولم تمر خمس دقائق على الحقنة حتى انتظم التنفس وعاد النبض قوياً كما في الحالة الطبيعية . فاكملنا العملية الجراحية دون ان يطرأ حادث جديد وقـد اندمل الجرح بالمقصد الاول وترك الجريح المستشفى في ٩ نيسان ١٩٢٦ دون ان يبدو شيء في قلبه .

. . . .

المشاهدة الثانية : ج . ر . عمره ١٢ سنة دخل سريريات معهـدنا الطبي الجراحية لذات العظم والنقي في الفك السفلي .

العملية : اجريناها في ٣ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ ، خدر المريض بالكلوروفرم بالرقادة فبعد ان كشفنا العظم وبدأنا برفع السمحاق عن الشعبة الافقية وقف التنفس وشحب لون المريض وزال النبض السباتي ولم نسمع بالاصغاء دقات القلب ، اجرينا له التنفس الصناعي ، جررنا لسانه جراً منتظماً ، حقنا تحت جلده بالبنزين فكان عملنا بلا جدوى .

وكانت قد مرت ثلاث دقائق على الغشي حينما حقنا قلبه بسم ٢ من محلول الكظرين الالفي ، فاخـذنا ابرة تخدير موضعي طويلة وغرزناها في القلب مارين بالورب الرابع الايسر بملامسة القص فظلت الابرة جامدة ولم تنصب منها قطرة

من الدم ولم يكد رئيس سريرياتنا الحكيم نظمي القباني يدخل الدواء اي قبل ان يخرج الابرة حتى تقلص القلب تقلصات عنيفة مشوشة وظل دقيقتين الى ثلاث دقائق في حالة جنون يتقلص تقلصات بالغة منتهى الشدة تدفع جدار الصدر دفعاً عنيفاً ثم عاد الى الهدو فبدأت التقلصات بالخفة والانتظام وقد شهق الولد بعد الحقنة ببضع ثوان فثوبر على التنفس الصناعي الى ان انتظم التنفس وتورد الوجه وعاد كل شيء الى محوره الطبيعي فأجلنا العملية بعد هذه الطارئة الى بضعة ايام ثم اجريناها بدون حادث جديد . وكانت توالي العملية بسيطة ولم يظهر شيء في القلب .

ان هذه المشاهدات [1] « يقول الموسيو توبه مخاطباً اعضاء جمعية الجراحة في باريس » تثبت القضية التي دافعت عنها طويلاً امامكم . ان حقن القلب بالكظرين هو في وقتنا الحاضر خير سلاح ندرأ به غشي القلب التخديري . فيجب والحالة هذه ان نعد المعدات في قاعة العمليات لاجراء هذا الحقن وان تكون جميعها جاهزة . ويترتب علينا ان نستعمل ايضاً الكظرين في الغشي المتأخر الذي يقع في سياق التخدير . »

استعمل موسيو بانزه التخدير القطني (٥ سم³ من الستوفئين) وكان الغشي تاماً وقد خيل اليه كما اورد لنا في مشاهدته ان مريضته ماتت . فاجرى لها التنفس الصناعي ريثما تكون المعدات اللازمة للحقن بالكظرين قيد تجهيزه غير ان الوقت كان يمر وعدة دقائق انقضت قبل ان يحقن القلب واخيراً حقنه

(١) المشاهدتان المدرجتان اعلاه ومشاهدة موسيو بانزه من باريس

بسنتمتر مكعب من الكظرين ثم بسنتمتر مكعب اخر فعاد القلب الى الحركة غير انه لم يثابر على اجراء التنفس الصناعي مع ان المثابرة عليه واجبة في بعض الأحيان ساعة كاملة ريثما يكون التنفس قد عاد الى انتظامه ، لان المراكز العصبية كانت قد بقيت مدة طويلة خالية من الدم · ولهذا لم تفق مريضته بل ظلت في حالة السبات وماتت بعد ٤٨ ساعة · ولعلها كانت شفيت لو كانت المعدات جاهزة لديه من قبل ، انني اثق ان هذه الحادثة ستكون له خير امثولة في المستقبل · ان ما وقع به موسيو بانزه وقع به غيره من الجراحين فلا يجب ان ننتظر حتى تكون الخلية العصبية قد أُصيبت اصابة لا تشفى ·

اما الحكيم مرشد خاطر فقد اجرى حقن الكظرين في الوقت المناسب فخلص مريضيه من الموت لان الحقنة أُجريت في المريض الاول بعد دقيقتين وفي الثاني بعد ثلاث دقائق ·

ارى ايها السادة ان العودة الى الكلام عن معالجة الغشي التخديري بالكظرين فضولية بعد ان ايدتها المشاهدات العديدة وليس لديَّ الآن مشاهدات خاصة اوردها غير هذه المشاهدات الثلاث التي تكرم بها علينا الحكيمان بانزه ومرشد خاطر وانني واثق انها تشجعكم على الهرع الى الكظرين متى قضت الحاجة غير انني اذكركم بوجوب الاسراع لئلا تفوت الفرصة المناسبة فلتكن المعدات جاهزة لديكم في غرفة العمليات فتحيون بها مرضاكم متى اصابهم غشي تخديري وانني اقترح عليكم ان تشكروا زميلينا وتنشروا مشاهداتهما في مجلتنا ·

كسور الفكين ونتائجها البعيدة

للحكيم جينستاي استاذ في شعبة طب الاسنان
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

نشرنا في هذه المجلة الزاهرة (الاجزاء ٢ و٣ و٤ من السنة ١٩٢٨) ٢٤ حادثة عن كسور الفكين برام نارية جمعناها في سورية سنة ١٩٢٦ وقد بينا فيها ضرورة الاقتصاد في العمليات الجراحية والاحتفاظ بكسارات العظم واظهرنا اخطار العمليات المبتسرة ثم راينا بعد نشر هذه المشاهدات الكثيرين من جرحانا وقد عادوا الى كتائبهم العسكرية ولا سيما جريحي المشاهدتين الثالثة والرابعة فاعدنا فحصهما ورسمناهما بالاشعة :

اما الرابع الذي كان قد أُصيب في نيسان سنة ١٩٢٦ بكسر شديد في الرأد (الشعبة الصاعدة) الايمن للفك السفلي فلم يبدُ في فكه اثر للكسر حتى ان العظم الذي كانت قد اضاعته اللوحة الظاهرة لم يعد ظاهراً في الرسم الذي صور في ١٧ ايار سنة ١٩٢٧ وقد عادت حركات الفم (الاغلاق والفتح) الى اتساعها الطبيعي ·

واما الثالث فقد كنا طعمنا فكه بطعم عظمي سمحاقي فنما الطعم نمواً حسناً وقد عايناه ورسمناه في ٢٠ ايار سنة ١٩٢٧ بعد مرور (١٥) شهراً على جرحه فلم نرَ اقل تشوش في خلقة (فسيولوجية) فكه بل كانت حركاته طبيعية (الفتح والاغلاق) وكان يعيض عن نصف قوسه الايمن السفلي جسر من ذهب · وقد ظهر لنا من الرسم ان العظم قد نما نمواً كبيراً حذاء الطعم وان نسيج العظم الجديد كثيف صلب

ان هذه النتائج البعيدة في هذين الجريحين وغيرهما تثبت اثباتاً لا يقبل الرد ما قلناه في مقالتنا السابقة وتؤيد رأينا الذي اوضحناه في صدر هذه المقالة.

ثم قيض لنا ان نرى مشاهدتين اخريين من الكسور برامٍ نارية بعد المشاهدات الاربع والعشرين التي اعلناها وهما تثبتان ما نحن بصدده :

المشاهدة ٣٥ : فتح الله درزي عمره ٢٧ سنة

جرح في ٢٩ اذار سنة ١٩٢٧ برمٍ ناري اطلقه عليه احد ابناء عمه عن قرب ثم نقل الى مستشفى ازرع ومنه الى دمشق بالطيارة فوصل المستشفى العسكري في ٣٦ اذار وعوين في اليوم نفسه .

التشخيص : جرح نافذ في الوجه برمٍ فوهة دخوله وحشي الصوار الايمن بسنتمترين وفوهة خروجه في الناحية السباتية اليمنى خلف زاوية الفك . المنطقة جميعها منتبجة توجه الانظار الى ورم دموي غزير . وقد وسع طبيب ازرع فوهة الخروج وحفض الجرح ، انطباق الاسنان مختل لان القوسين منفرجتان في اليمين والفك السفلي مندفع الى الاسفل والخلف واليمين ، كدمة تصبغ الجلد في الناحية المؤوفة وتصل حتى الجفن السفلي

رسمت الناحية في اول نيسان فأبدت كسراً مشظى وتفتتاً في الزاوية التي ظهرت فيها ثلاث شظايا كبيرة وعدد لا يعد من الشظايا الصغيرة منذ الرحى الثالثة السفلى حتى القسم المتوسط من الرأد

المعالجة : ٣١ اذار ربط الفكان احدهما بالآخر بعد ان قوم الانطباق وكانت الرحى الاولى اليسرى السفلى ضائعة وهذا ما اغنانا عن استخراج سن لغسل الفم والتغذية .

٤ نيسان — وضعت ميزابتا فضة مصبوبتان واغلق الفم وثوبر على التغذية وتنظيف الفم كما هي العادة : غسل بمحلول دكان الممدد ، طلي اللثات بزرقة المتلين ، حليب ، مرق ، بيض نيء ، مسحوق فاريه

٣٤ نيسان — فتح الفم فاستدللنا ان الفكين غير منقبضين . وانه لا ألم فيهما ولا تشوه وان الاطباق طبيعي . فأُعيد التثبيت ثانية

٩ ايار — فتح الفم فتحاً نهائياً وروقبت التغذية

١٥ ايار — عاد الجريح الى كتيبته .

المشاهدة السادسة والعشرون — حمدي عمره ٤٥ سنة سوري جرح في ٢٧ ايار سنة ١٩٢٧ برمي ناري ونقل الى المستشفى الفرنسي الملكي في دمشق : فدعانا الحكيم يوسف عرقتنجي مدير الصحة في سورية وجراح المستشفى الفرنسي الى معاينته في ٣١ ايار

التشخيص : اطلق المرمي من الاسفل الى الاعلى لان الجريح كان قريباً من نافذة في الطبقة الاولى من البناء والشقي في بستان قريب .

فوهة الدخول مدورة كأنها مقطوعة بالمجوب (emporte-pièce) واقعة في الناحية السباتية اليسرى عند القسم المتوسط من العضلة القصية الترقوية وفوهة الخروج على حافة جذر الانف اليمنى يعادل قطرها سنتمتراً ونصف السنتمتر ، الوجه مشوه لان نصفه الايسر منتبج انتباجاً كبيراً ، اللعاب ينصب من فم الجريح المنفتح مع مواد مخاطية مدممة ، الكلام مستصعب جداً وجلوس المريض في سريره لا مندوحة عنه لان النوم متعذر عليه .

وقد تبين من المعاينة ان المرمي احدث :

١ً — كسراً في الفك السفلي عند ناحية الزاوية اليسرى لان هذه النقطة كانت تتحرك تحركاً غير طبيعي ، كسراً في الرحوين الثانية والثالثة اليسراوين السفليتين ، ضياعاً كبيراً في الاقسام الرخوة وحشي اللوزة اليسرى التي اصيبت عند بتها (pilier) الامامية ·

٢ً — كسراً عند وصل الفك ما بين الثنية اليمنى والثنية اليسرى وهبوط الثنية اليسرى ثلاثة ملمترات عن اليمنى ، قطعتا العظم متداخلتان غير متحركتين

٣ً — انفكاك الفك العلوي الايسر وتحركه عن مقره نحو القاعـدة زهاء سنتمتر وانهيار الحنك امام اللهاة

٤ً — انكسار عظام الانف التي قذف المرمي اجزاءها الواقعة في اليمين وتفلطح جذر الانف بسبب الانتباج ·

النتيجة : فك الجريح السفلي متبدل عن مقره الى الاسفل واليسار والخلف وفكه العلوي الايسر متبدل الى الاسفل والوحشي وهو في حالة سيئة حتى ان الجراح كان يخشى عليه من الموات · ولم يكن في المستشفى الفرنسي الملكي اشعة رونتجن ولم يكن نقل المريض مستطاعاً لسوء حالته ولهذا ارجأنا تصوير فكيـه الى ما بعد :

المعالجة : وضعنا منذ البدء خيوطاً مطاطة لنعيد القطع الى مقرها · كان الفم يغسل مرات عديدة في اليوم بمحلول داكان الممدد · وكان يغـذى المريض بالمرق والحليب اللذين كان يصعب عليه بلعهما ·

١ حزيران — : اخذ انطباع القسم العلوي وصبت ميزابة فضة

٣ حزيران : وضعت الميزابة في مكانها وقد بدأنا بالفك العلوي المتحرك الذي اعدناه الى مكانه . فعاد الفكان الى التلاصق بعد ان كانا متباعدين واستخدم الفك الايمن بعد وضع الميزابة عليه كنقطة استناد للفك الايسر

٤ حزيران : استخرجت الثنية اليمنى السفلى واخذ الانطباع في الاسفل بالجبس وصبت ميزابتان لنصفي القوسين السفليين

٥ حزيران — وضعت الميزابتان في مكانهما اليسرى اولاً وبدىء برفع القطعة الساقطة لتصبح بمحاذاة رفيقتها وذلك بشد لولب الميزابة . وكنا نوقف الرفع كلما شعر الجريح بألم وقد ساعدنا خيوط المطاط والميزابة بوضع رباط مطاط مار تحت الذقن .

وقد كان افضل ما يصنع ان يثبت الفك السفلي في وضع حسن على الفك العلوي غير ان هذا الامر كان مستحيلاً نظراً الى كبر جروج الفم التي كانت تفرز افرازات غزيرة لا بدّ من انضبابها . وكنا نحرك كل يوم القطعة الهابطة وندفعها بلولب الميزابة الى العالي حتى تصبح بمحاذاة رفيقتها .

١٧ حزيران — رسمنا المريض فظهر لنا :

١ً — كسر كبير مع ضياع مادة عند زاوية الفك السفلي اليسرى والقسم السفلي من الرأد الذي كان متبدلاً الى الانسي .

٢ً — خط كسر افقي طويل مار من الزاوية اليسرى حتى الثقبة الذقنية اليمنى وخط آخر عامود عليه ممتد من الحافة السنخية عند الوصل حتى حافة الفك السفلي .

٣ً — خط كسر عمودي ممتد على طول الرأد الايمن بدون تبدل

٤ - في الفك العلوي الايسر خطا كسر افقيان ومتحاذيان احدهما علوي ذاهب من الحدبة الوجنية حتى الحفرتين الانفيتين والاخر تحته بسنتمتر ونصف السنتمتر واقع فوق خط الاسناخ وهذا الخط الاخير اكثر وضوحاً .

٥ - كسر ناقص افقي في الفك العلوي الايمن يظهر انه تال لكسر الفك الايسر . وقد اظهر الرسم من التخريبات اكثر مما كنا نظن غير ان المعالجة بقيت هي هي لان التطهير والتثبيت اساها

١٨ حزيران — اننا بفضل لولب الميزابة الذي كنا نشده يوماً بعد يوم اصبحت أسنان الفك السفلي على حذاء واحد فلم يعد علينا سوى التثبيت وانتظار الاندمال .

وكنا نضمد ثقبتي الدخول والخروج كل هذه المدة حتى بدأتا بالاندمال وكان التعفن خفيفاً لان الجراح كان يملأ الاجواف بالزيت الغومنولي

٢٨ حزيران — سافرنا الى فرنسة وزودنا القائمين بامر الجريح بالتعليمات اللازمة وقد افهمنا المريض بان المفصل الكاذب ممكن الحدوث حذاء زاوية فكه اليسرى نظراً الى ضياع العظم الكبير ونقص التثبيت الذي لم يكن الجريح يرضى بجعله اشد من ذلك

١٥ آب — نزع متولي امر الجريح الميزابة العليا

١٨ آب — نزع الميزابة السفلى

٢٨ تشرين الاول — عدنا فرأينا الجريح في حالة حسنة ، كانت جروحه قد التأمت وفكاه قد اندملا وفوهة فمه طبيعية والانطباق يكاد يكون طبيعياً ولم يبق سوى انخفاض حذاء خده تحت الزاوية اليسرى وثقب في الحنك فنزعنا

شظايا صغيرة من وراء الرحى الاولى السفلى ومن الحنك وكان ثقب الحنك يضطر المريض الى حني رأسه الى الوراء حين بلع السوائـل لئلا تمر الى الحفرتين الانفيتين ولا تزال حتى الان كما هي غير ان اجراء عمليـة لسد هذه الثقبة واجب في المستقبل ·

ان هاتين المشاهدتين اللتين جئنا على ذكرهما هما ختام المشاهدات عن كسور الفك برام نارية · وقد شاهدنا كسرين معرضين في الفك السفلي خطرين احدهما ناجم من سقوط عن الحصان والاخر من تهور سيارة فعالجناهما طبقـاً للقواعد التي سرنا عليها في معالجة الكسور النارية ·

المشاهدة السابعة والعشرون : قدور محمد عمره ٣٥ سنة سقط من على حصانه في ٢٢ آب سنة ١٩٢٦ ونقل الى المستشفى في ٢٧ منه · تبين من معاينته انـه مصاب بجرح رضي خطي عند جذر الانف وان شفتيه العليا والسفلى مشقوقتان وان ذقنه مصاب بجرح رضي معترض وان فكه السفلي مكسور عند منتصفه وقطعتا الكسر منفصلتان احداهما عن الاخرى زهـاء سنتمتر ومتحركتان وان الثنيتين اليمنى واليسرى السفليتين مكسورتان

وقد تبين من الرسم ان في الوصل كسراً مشظى ·

المعالجة : خيطت جروح وجهه بعد تنضيرها حين دخوله للمستشفى وربط نصف فكه بخيط شبه بالاسنان وثوبر على غسل فمه وتغذيته بالسوائل كما هي العادة

١ ايلول — استخرجت الثنيتان اليمنى واليسرى

٢ ايلول — اخذ الانطباع وصبت ميزابتا فضة

٣ ايلول — وضعت الميزابتان في مكانهما

١٥ ايلول — ظهر خراج صغير في الذقن متصل بالفم فشققناه وحقنا الجرح في الايام التالية بمحلول دكان فكان يخرج من الفم ويغسل المجرى

٨ تشرين الاول — ظهر خراج تحت الفك الايسر فشق وحقن مجرى الجرح بمحلول مانسيار فكانت فائدته كبيرة ٠

١٥ تشرين الاول — شق خراج صغير فوق الذقن

١٥ تشرين الثاني — لم يبق سوى ناسور تحت الذقن مستعص على المعالجة

١٢ تشرين الثاني — خدرت الناحية تخديراً موضعياً وشق تحت الذقن واستخرجت شظية كبيرة كالحمصة وجرفت بؤرة التهاب العظم ٠

١ كانون الاول — نزعت الميزابة فكان الاندمال تاماً

١٢ كانون الاول — ترك المريض المستشفى ٠

المشاهدة الثامنة والعشرون : احمد بن عبده بدوي عمره ٦٥ سنة فاجأته سيارة فرمته على الارض دخل مستشفى المعهد الطبي بدمشق في ٢٣ اذار سنة ١٩٢٧ وجيء به الى شعبة طب الاسنان في ٢٧ اذار

التشخيص : تبين من معاينته ان في فكه السفلي كسرين الاول عند الزاوية اليمنى والثاني عند الوصل بين الرباعية والناب الايسرين السفليين ٠ وكان هذان الكسران متصلين بالغشاء المخاطي المنجرح والقطعة المعترضة بين الكسرين متحركة تحركاً شديداً وهابطة ٠

وكان الرأد (الشعبة الصاعدة) الذي كانت الرحى الثالثة فيه متبدلاً بعض

التبدل الى الوحشي والعالي .

وكان التقيح غزيراً ونتناً للغاية

المعالجة : تبين من الرسم ان الكسر الخلفي واقع امام الزاوية وان خط الكسر كائن عند الناجذة

٢٧ اذار — غسل الفم غسلاً غزيراً وربطت القطعة المعترضة باقسام العظم الاساسية .

٢٩ اذار — ربط الفكان احدها بالاخر بعد رد الكسر الواقع امام الزاوية باليد . وكان التقيح لا يزال غزيراً فثوبر على غسل الفم والتغذية كما هي العادة

١٢ نيسان — تضب التقيح او كاد ولم يرضَ الجريح بالخضوع لما كنا نأمره به ظاناً انه قد شفي لانه لم يعد يتألم فكسر الربط التي وضعناها

١٨ نيسان — قطع الخيوط مرة ثانية ولم يعد يرضى بابقاء الميزابة في فيه وترك المستشفى

وكان الاندمال قد بدأ بالتكون وكنا نرقب نتيجة حسنة لو لم يفاجئنا المريض بمثل هذا التصرف .

ان هذه المشاهدات الاربع نضيفها الان الى المشاهدات الاربع والعشرين التي ادرجناها سابقاً وقد بينا فيما مضى القواعد التي يجب اتباعها في معالجة هذه الكسور ونكرر الان ما قلناه وهو امر ينطبق على اراء معظم اطباء الفم « يجب ان نتحاشى العمليات الباكرة في كسور الفكين المعرضة وان نفكر منذ البدء في النتيجة الخلقية نعني بها وظيفة العضو » فكل ما لا قبل له على

الحياة تقذف به العضوية عفواً او نستخرجه بعملية جراحية بسيطة متأخرة لا يخشى منها احداث تخريبات كبيرة تصعب ملافاتها ·

وقبل ان ننهي مقالتنا هذه نذكر مشاهدة اخرى مفيدة لان الكسر لم يشخص بها ولان آفة جديدة قد طرأت في اثناء سير الجرح

المشاهدة التاسعة والعشرون : اميل عمره ٢١ سنة ارسل الينا بعد ان نام يومين في مستشفى كتيبته الصغير وقد شخص مرضه « عوارض نبت الناجذة »

التشخيص : تبين من معاينته ان في ناحية الزاوية اليمنى للفك السفلي انتباجاً وان الناجذة التي نسبت اليها الاعراض محاطة بغشاء مخاطي مائت مكدم متوذم وان في الدهليز ورماً دموياً صغيراً ·

وقد اخبرنا المريض وهو من كتيبة السيارات انه بينما كان يرمم مطاط السيارة لطمه حديد الدولاب لطمة شديدة على فكه · وان المضغ اصبح مؤلماً بعد هذه اللطمة فشككنا في الكسر مع ان الانطباق كان طبيعياً ولم يكن في الفك تحرك غير طبيعي ·

وقد اثبت الرسم التشخيص وظهر خط الكسر وراء الناجذة وقد كانت النتيجة حسنة جداً لو لم تعترِ المريض في ١٦ شباط حمّى درجتها ٤٠ ويعسر عليه البلع · ففتحنا الفم وتحققنا ان في البلعوم التهاباً شديداً ذا اغشية كاذبة · وقد نفى المخبر عصيات لفلر في تلك الاغشية فأجبرتنا هذه الحالة على ترك الفم مفتوحاً لنتمكن من معالجة التهاب البلعوم · وبما ان قطعتي الكسر كانتا متداخلتين لم يطرأ ما يعوق اندمالها ·

هذه المشاهدة كبيرة الدلالة لان الكسر لم يشخص فيها وليس

السبب سوى المعاينة السطحية ولان حدوث الجرح في الفم لا يخلو من الغرابة في مثل هذه الظروف اما التهاب البلعوم فقد فاجأنا لاننا لم نشاهده قبلاً ولم يذكره احد قبلنا ·

وسببه على ما نرى اغلاق الفم الذي مكن الجراثيم من ان تنمو وهي في مأمن من فعل مضادات الفساد · وهذه العرقلة تزعج سير المعالجة ولا سيما متى كان الكسر خطراً لانها تضطر الطبيب الى تحريك الكسر بضعة ايام متوالية ريثما يزول الالتهاب



جراحة المعدة

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان الادواء التي تدعونا في اكثر الاحيان الى التوسط الجراحي هي :قرحة الاثني عشري ، قروح المعدة الواقعة في الانحناء الصغير والبواب ، سرطان المعدة . وتقسم هذه العمليات الى :

عمليات ملطفة وهي مفاغرة المعدة والمعي(gastro-entérostomie) او شافية وهي قطع المعدة (gastrectomie) . اما خزع المعدة (gastrostomie) الذي يدعى الجراح الى اجرائه متى كان البلعوم ضيقاً يمنع الاغذية عن الوصول الى المعدة فاضرب صفحاً عنه واهمل ايضاً الكلام عن تصنيع المعدة (gastroplastie) لانهما من العمليات النادرة

ويجب ان تراعى قاعدتان في هذه العمليات مهما كان نوعها وهما القاعدتان المرعيتان في سائر العمليات المجراة على انبوب الهضم

اً — ان يكون الجراح واثقاً من النجاح فلا يميت مريضه

٢ً — ان يكون موقناً من حسن النتيجة نعني بذلك من عودة انبوب الهضم الى وظيفته .

اً — نجاح العملية : ان جراحة الانبوب الهضمي جراحة اساسها التيقظ يتوقف نجاحها على الاعتناآت الدقيقة التي لا بد من مراداتها .

يقوم النجاح باتقان العمل الجراحي غير انه ذو علاقة وثيقة ايضاً

بالاعتناءآت التي تسبق العملية وتليها وبتهيئة المريض . اما اتقان العمل الجراحي فاساسه ان يتحاشى الجراح كل ما من شأنه ان يحدث ذات الخلب (péritonite) فيترتب عليه والحالة هذه ألاّ يدع محتوى الانبوب الهضمي ينصب على الخلب لان هذا المحتوى عفن وعليه ان يخرج الاحشاء التي يجري عمليته عليها خارج البطن ما امكنه لكي لا يعمل عمله في جوف البطن وان يسند الاحشاء الى وسادة من الرفادات يقي بها الخلب من التلوث وعليه ان يرجىء فتح الاجواف العفنة الى النهاية مثال ذلك اذا رغب في قطع المعدة فعليه ان يربط الشرايين ويقطع الثرب اولاً وبعبارة اخرى ان يجري كل ما يستطاع اجراؤه من العملية قبل فتح المعدة وقطعها ويستعمل بعض الجراحين الرهص (écrasement) قبل قطع المعدة ويفضل بعضهم الاستنشاق (aspiration) .

وعلى الجراح ان يخيط الجوف الذي شقه خياطة متقنة وان يقطع النزف منعاً للسوائل والغازات عن الخروج مهما اشتد ضغطها في ذلك الجوف ومحاشاة للتعفن بعد العملية الجراحية

ويجب الاّ تكون الخيوط التي غرزت في الغشاء المخاطي المفعم بالجراثيم ومرت الى سطح طاهر سبباً في نقل هذه الجراثيم وتسربها في ذلك السطح فعلى الجراح اذن بعد ان يكون قد خاط الطبقة الاولى العفنة الملوثة خياطة متقنة وقطع النزف وبعد ان يبدل قفاز يه والالات التي استعملها في شق المعدة او الامعاء ان يخيط خياطة اخرى ليستر بها الخياطة الاولى ويقي الخلب من الارتشاحات التي قد ترشح فيه . ولا يخفى ان الخلب يتصف بخاصة تعد اساساً لجراحة البطن وهي احداث التصاقات تمنع الافة عن الانتشار اذا ما طرأ طارىء على الخياطة .

وصفوة القول ان الخياطـة التي تجرى على عضو مجوف يجب ان تكون مؤلفة من سطحين : سطح مغلق وقاطع للنزف وسطح آخر مصلي يستر السطح الاول ويجوز ان يتناول الطبقة العضلية ايضاً ليعود متيناً غير انه لا يجوز ابداً ان يثقب الغشاء المخاطي لئلا يعود سبباً للتلوث ٠

ويجب ان يتحاشى الجراح وهو يصنع الشلالة العامة بروز الغشاء المخاطي من خلال الغرز لان هذا الغشاء ميال الى الانفتاق٠ فاذا حدث هـذا الامر وبرزت هذه الحويات المخاطية تحت الخياطة المصلية كانت فيهـا كما في جوف مغلق فاحدثت خراجات صغيرة قد ينجم منها تفكك الغرز وهناك الطامة الكبرى فاجتناباً لهذا المحذور يجب منذ البدء إطباق الطبقة المصلية على المصلية ويتم ذلك بغرز الابرة على الطرز الآتي :

أ — الغشاء المخاطي فالعضلية فالمصلية في شفة الشق الاولى

ب — المصلية فالعضلية فالغشاء المخاطي في الشفة الثانية ٠ وذلك مستطاع بطرق عديدة غير اني استعمل غرزة كونّل (Connel) او طريقـة توبه (Toupet) ٠ فتعود الشلالة المصلية المصلية بعدئذ سهلة الاجراء فوق هذه الشلالة العامة التي اطبقت المصلية اطباقاً حسناً ٠ وعلى الجراح ان ينتبه الانتباه الشديد الى الزوايا التي يترتب عليـه ان يمحوها ٠ واذا قضت حالة الجريح بالسرعة فوضع الجراح زراً (bouton) او اذا فاغر مفاغرة جانبية في بعض حالات الفتق المختنق يجب ان تشلّ جميع الطبقات ٠

٢ — نجاح المعالجة : انتخاب الطريقة الجراحية خاضع لقيام المعدة المبضوعة بوظيفتها المقبلة ولا يستطاع الجزم في انتخاب هذه الطرق حتى في المستشفيات

الخاصة بجراحةالانبوب الهضمي كما في مستشفى بطرس دوفال الا بعد سنوات عديدة تراقب في اثنائها المعدة والامعاء التي أُجريت عليها العمليات مرات متتابعة بالاشعة المجهولة

مفاغرة المعدة والامعاء (gastro-entérostomie) قوامها ايجاد فوهة بين المعدة وعروة من الامعاء الدقيقة والعروة المختارة هي في الغالب العروة الاولى من الصائم (jéjunum) فالعمليـة هي والحالة هـذه مفاغرة المعـدة والصائم (gastro-jéjunostomie)

واستطبابات هذه العملية عديدة : جميع حالات الضيق التي تمنع المعدة عن الانفراغ انفراغا حسنا . وهي اما ان تكون ملطفة كما في السرطان او شافية كما في قرحة الاثني عشري . وقد تكون الزمن الاول لقطع المعدة المقبـل . وهي امامية او خلفية فهي امامية اذا فتحت الفوهة في وجه المعدة الامامي وخلفية اذا فتحت في وجهها الخلفي .

امامية : قوامها جرّ عروة الى امام الكولون المعترض وخياطتها بالمعدة وهذه العملية سيئة النتيجة لا يلجأُ اليها الا متى كان اجراء العملية الخلفية متعـذراً مثال ذلك متى كان جوف الثروب الخلفي مسدوداً بورم وكان السرطان قـد التهم وجه المعدة الخلفي وثبته فلم يعد تحريكه ممكنا وبما انـه لا يستطاع ان تستخدم عروة قصيرة يجب ان تفاغر عروة الصائم النازلة بالعروة الصاعدة بعيداً عن الفوهة المعدية المصطنعة حديثا وان يوضع زر في تلك العروة منعـاً لعودة محتويات الامعاء الى المعدة .

خلفية : تفتح فوهة على وجه المعدة الخلفي وتخاط بعروة الصائم خلال

ثقب يصنع في رباط الكولون وهي العملية الفضلى · اما الفوهة المحدثة في المعدة فيجب ان تكون قريبة من البواب ما امكن وان يكون النسيج المحدثة فيه سليماً (ويفضل دوفال الا تكون كثيرة القرب من البواب لان البقعة المجاورة له تكون ملتهبة فتجرى العملية في غشاء مخاطي ملتهب ويصبح تكوّن القرحة الهضمينية (peptique) ممكناً فيها فضلا عن ان قربها من البواب يمنعها من ان تكون في النقطة الاكثر انخفاضا) وان تكون قريبة ما امكن من الانحناء الكبير في النقطة الاكثر انخفاضا وعند الاوعية التي تنزف ·

ويجب ان تكون الفوهة المحدثة في الامعاء قريبة ما امكن من الزاوية الاثني عشرية الصائمية لان هذه العروة قصيرة غير مزوّاة وهذه هي الواسطة الوحيدة لمحاشاة العوارض الالية · اما وضع العروة العمودية او الافقية حسب اتجاه الحركات الحولية او مضادة لها فمختلف فيه ولكل من الطرفين حماة وهذا دليل على ان الامر لا اهمية له وان جعل العروة في الوضعة التي تبرز بها امام الجراح جائز ·

وطريقة اجراء العملية نوعان فاما ان تجر المعدة نحو المعى او ان يجر المعى نحو المعدة من خلال الثقب المحدث في رباط الكولون اما الطرز الاخير فيمكن الجراح من روءية وجه المعدة الخلفي جميعه ومن اجراء عمليته خارج البطن ومن ترك الكولون المعترض في البطن في سياق العملية ويكون الجراح قد فتح جيب الثروب الخلفي بشق الرباط المعدي الكولوني او باقتلاع الثرب او بتعرية الانحناء الكبير ويجب في النهاية ان تثبت الماساريقا بالمعدة محاشاة لانفتاق الامعاء الدقيقة في جوف الثروب الخلفي الامر الذي يجعل الفوهة في الطبقة الواقعة تحت رباط الكولون ولا يخفى ان جوف البطن اشد دفاعا من جوف الثروب الخلفي ·

العراقيل : كان يظن قبلا ان الامر يقوم باحداث فوهة واتقان صنعها وان هذا كاف لقيام الفوهة بوظيفتها مع ان هذا خطأ . فاذا لم تكن الفوهة في الغار (antre) لم تقم بوظيفتها واما اذا كانت فيه فانها تقوم بهـا ولو كان البواب حراً (اختبار موتيفه وهرتمان على الكلاب) فاذا كان الامر كذلك لم يكن في محو البواب الذي يشير به البعض اقل فائدة وعدا ذلك فان البواب اذا لم يقطع قطعا كاملا وتخاط شفتا القطع لا يفقد وظيفته لان خياطته بالخيوط فقط دون قطعه لا معنى لها . فالخيوط تقع بعد شهرين او ثلاثة اشهر في جوف المعـدة ويعود البواب حراً كما كان قبل الخياطة . فضلا عن ان الخياطة تسبب التهابا في البصلة والاثني عشري وركوداً فيه ولا تخلو هذه الالتهابات من الضرر

ولكن هل انغلاق الفوهة المحدثة انغلاقاً طوعياً ممكن؟ رويت بعض مشاهدات من هذا النوع كانت القروح الصغيرة الهضمينية سببا فيها وتشاهد هذه الحالات بعد استعمال الزر .

القرحة الهضمينية :هي احدى العراقيل التي لم يجمع الرأي حتى الان على إمراضها (pathogénie)فقد نسبوها مدة طويلة الى الخيوط التي لا تنحل ومنعوا استعمال الخيوط التي لا تحلها العضوية غير انهم شاهدوا هذه القروح بعد استعمال الخيوط المنحلة .

ويعزو الالمان هذه القروح الى الحامض الكلوريدريك فاذا صح زعمهم كان الاقلاع عن اجراء المفاغرة المعدية المعوية واجبا واذا رغبنا في ان نمحو ساحة الافراز من المعدة كان علينا ان نقطع منها زهاء ثلاثة اخماسها مع ان هذا مبالغ فيه وحقيقة الامر ان افراز الحامض الكلوريدريك لا يعرف مقره الحقيقي والمرجح ان سبب هذه القروح الهضمينية هو التعفن فيجب والحالة هـذه ان تعلق اهمية كبيرة على

الاعتناء السابق للعملية ٠

ومن العراقيل دوران الغائط الراجع الذي لا نزال نراه حتى في السنة ١٩٢٧ مع ان الجراحين يتقنون اليوم كل الاتقان مفاغرات المعـدة ٠ ولا يجب ان ننسبه الى خطإ العمل الجراحي بل الى اجراء العمليات على قروح عفنة وفي منطقة قد تعفنت مجاريها البلغمية فالدوران الراجع يعد في هذه الحالة عرضاً دالاً على تفاعل الخلب ناجماً من التصاقات لينة في بدئها غير انها لا تلبث ان تنقلب لحماً صلبة وما هي الا التهاب ما حول الاثني عشري ٠ ويشفى هـذا العرض الدال على تفاعل الاثني عشري والذي يتنوع زمن ظهوره بمفاغرة الاثني عشري والصائم (duodéno - jéjunostomie) فيجب والحالة هذه الاَّ تمد يـد الجراح الى المريض قبل ان يتأكد انه خالٍ من التعفن فعليه ان يغسل المعدة بالمحاليـل اليودية (دي غرغوار) وان يستعمل اللقاح (لامبر ولاردينوا) في كل مريض معدٍ لهذه العملية الجراحية ٠

ولا تزال الوفيات على الرغم من كل هذا بين ١٠ — ١١ ٠/٠ وسببها الاكبر العراقيل الرئوية ٠

قطع المعدة : (gastrectomie) انواعه عديدة :

١ً — قطع المعدة القسمي : يستعمل في قروح المعدة قوامه قطع زاوية من المعدة ٠ اما الخياطة فعلى نوعين : طولاً (هرتمان) لان في بقاء الانحناء الصغير فائدة او عموداً لانه يوسع قطر المعدة

ومن قطع المعدة القسمي القطع الدائري وهو يقوم باستئصال اسطوانة من جسم المعدة وخياطة الدائرتين المستحصلتين بعد القطع احـداهما بالاخرى ٠

ويستعمل هذا النوع في ضيق منتصف المعدة الناجم من قرحة ندبت ولا تزال سائرة سيرها · وهو ايضاً المعالجة الفضلى في المعدة المزدوجة الجيب

ويهمل الجراحون امر قطع المعدة القسمي يوماً عن يوم في معالجة القرحة ويفضلون عليه مفاغرة المعدة والمعى او قطع المعدة والبواب ·

غير ان لهذا القطع بعض الاستطبابات فضلاً عن انه من وجهة الوظيفة حسن للغاية · لان قطع بعض اعصاب المعدة لا يؤثر اقل تأثير في حركتها مع ان هذا الامر يبدو غريباً ·

ومتى عوينت المعدة بعد حين أظهر الرسم ان في المعدة فرضة وظن انها ضيق طرأ على المعدة معان منشأ هذه الفرضة تشنج واقع حذاء الندبة ليس غير ويمر الباريت ويعود الى المعدة متى ضغط والمعدة جميعها تبدو لينة كما في حالتها الطبيعية ومدة انفراغها طبيعية ايضاً والهضم حسن لا اختلال فيه ·

ومتى قطعت المعدة قطعاً دائرياً وفتح البطن بعد حين لسبب آخر لم يظهر اثر للضيق اما رسم المعدة الذي يدل على ضيقها فسببه ان الندبة الناجمة من الخياطة لا تتمدد متى توسعت المعدة كما تتوسع أقسام المعدة الاخرى فتظهر ضيقة في تلك النقطة دون ان تكون في الواقع ضيقة ·

ويقف التموج عند الندبة ثم يبدو في القطعة الثانية واذا اضطر الجراح الى اجراء مفاغرة المعدة بالامعاء بعد حين فلا يكون السبب الداعي اليها وهن المعدة الناجم من شللها كما يزعم دلاجنيار بل السبب تشنج البواب ·

فاستناداً الى ما اوردناه من الادلة يستصوب دوفال اجراء هذه العمليات القسمية ·

٢ً — قطع المعدة والبواب المتسع : هو العملية المستعملة في معالجة السرطان . يجب في هذه الحالة ان يستأصل الورم والعقد والمجاري البلغمية كتلة واحدة وان تنزع العقد البلغمية الاكليلية الاولى الكائنة تحت البواب وخلفه وهذا يستدعي قطع المعدة قطعاً واسعاً .

ويستعمل هذا القطع المتسع في معالجة قروح المعدة ايضاً ويعده البعض المعالجة الوحيدة . غير ان العملية في هذه الحالة اسهل لان قطع الاثني عشري قريباً من البواب ممكن وقطع المعدة بعيداً عن السدفة (cardia) مستطاع ايضاً .

وبعد ان تقطع من المعدة هذه الاجزاء تخاط المعدة بالصائم وتتبع في ذلك طرق متنوعة باأين :هو اول من قطع المعدة ووصل الاثني عشري بالقسم العلوي من الشق المعدي ثم اجرى بيلروت العملية الثالثة ووصل الاثني عشري بالقسم السفلي . وهذه الطريقة لا تزال تسمى طريقة بيلروت الاولى مع ان الفضل في وضع طرزها الجراحي عائد الى باأين ، فهي مفاغرة المعدة والاثني عشري الانتهائية الانتهائية (gastro - duodénostomie termino-terminale) التي تعيد الانبوب الهضمي الى حالة قريبة من الحالة الطبيعية التي كان فيها قبل القطع . ثم بدل بيلروت بعد اجرائه العملية السادسة طريقته فجعلها مفاغرة المعدة بالصائم الجانبية الجانبية الخلفية خلال رباط الكولون (gostro-jéjunostomie latéro-latérale postérieure transmésocolique) وسميت هذه العملية (عملية بيلروت الثانية) التي يستطاع اتمامها بمفاغرة الصائم بالصائم .

اما كوهر فانه يغلق المعدة بعد شقها اغلاقاً تاماً ثم يصل الاثني عشري بوجه المعدة الخلفي (مفاغره المعدة بالاثني عشري الجانبية الانتهائية

«gastro-duodénostomie latéro-terminale»)

وتقوم طريقة لابوليا التي راج استعمالها اليوم بخياطة طرف المعدة جميعه بعد قطعها بعروة الصائم امام الكولون المعترض فهي ايضاً مفاغرة المعدة بالصائم الانتهائية الجانبية امام الكولون (gastro-jéjunostomie termino-latérale précolique) فيمر محتوى المعدة حينئذٍ في طرفي الصائم الصاعد والنازل ٠

وقد عدل فانستر هذه الطريقة بجعل المفاغرة المعدية الصائمية انتهائية جانبية خلال رباط الكولون ٠ فهو يثبت المعدة برباط الكولون المعترض حول الفوهة المحدثة في المعدة الامر الذي يعيد موقع المفاغرة في نقطة اكثر انخفاضاً من الزاوية الاثني عشرية الصائمية ويسهل الانفراغ ٠

فما هي الطريقة التي يترتب علينا اختيارها بين هذه الطرق العديدة؟ فطريقة باين (انتهائية انتهائية) وطريقة كوهر (جانبية انتهائية) تستدعيان جذموراً (moignon)اثني عشرياً طويلاً فهما مستعملتان اذن في معالجة قروح المعدة بالقطع ٠

واما متى كان الاثني عشري قصيراً كما هو الامر بعد الاستئصال الواسع في السرطان كان لا بد من التردد بين طريقة بيلروت الثانية او طريقة بوليا ومشتقاتها

واذا تركنا طول الاثني عشري جانباً فأي الطرق نفضل ؟

ان الجواب عن هذا السؤال متعلق بوظيفة المعدة المقبلة ٠

فكيف تجري المعدة وظيفتها بعد طريقة باين ؟ اننا لنعجب كيف ان المعدة على الرغم من قطع اعصابها تعود الى القيام بوظيفتها حق القيام بعد بضع سنوات فان الرسوم ، ومنها مجموعة نادرة المثال عند الاستاذ دوفال ، تبين ان بصلة الاثني عشري قد رممت وان الافراغ قد استعاد انتظامه اي ان خروج المواد من

المعدة ودخولها في غار الاثني عشري يتم بتقطع لقمة لقمة كما في الحالة الطبيعة · فيقوم الاثني عشري حينئذ مقام البواب المقطوع بفضل مراكزه المحركة الذاتية فيكون والحالة هذه قد وجد بواب جديد ·

وطريقة بيلروت الثانية ؟ لكي يعد اجراؤها حسناً يجب ان تجعل الفوهة قريبة جداً من شق المعدة · تنفرغ المعدة في الصائم كما ينفرغ البرميل فيكون الانفراغ اسرع مما هو عليه في طريقة باين وفي هذا ما فيه من الاخلال بالهضم وتندفع التقلصات نحو خياطة الشق المعدي فاذا لم تكن الفوهة قريبة جداً منه توسع جوف المعدة وبقيت فيه فضلات فظهر القيء · وعدا ذلك فان المواد الغذائية تمر الى الاثني عشري وتمدده وتحدث عوارض ناجمة من الركود دون ان تعرف الاسباب التي تدعو الاغذية الى سلوك هذا الطريق الراجع ·

وطريقة كوهر ؟ تبدو تارة فيها الاشياء جميعها طبيعية غير ان الردب المعدي يتمدد متى كانت الفوهة بعيدة عن الخياطة فهي اذن من جهة الوظيفة في الدرجة الثانية بعد باين ·

وطريقة بوليا ؟ لا تدع شيئا من المواد الغذائية تستقر في المعدة لان الفوهة واسعة جداً بل تمر جميعها الى الامعاء فيختل الهضم · فالبوليا كما وضعها صاحبها ليست عملية حسنة واما البوليا المعدلة التي لا تتناول الا الثلث السفلي من الشق فاحسن غير ان عودة المواد الى الاثني عشري ممكنة ايضا ·

وصفوة القول يحق لنا ان نستنتج مع بطرس دوفال ان عملية باين او بيلروت الاولى هي العملية الفضلى من الوجهة الخلقية (الفسيولوجية) غير انها تستدعي ان يكون الاثني عشري متحركا وطويلا · فمتى لم تتوفر هذه الشروط كانت

بيلروت الثانية مفضلة على البوليا حتى المعدلة منها ايضا ٠

وانا بعد ان فهمنا مما تقدم ان مفاغرة المعدة والامعاء تستعمل في معالجة قروح الاثني عشري وان قطع البواب والمعدة المتسع واجب في السرطان وان قروح المعدة تعالج بمفاغرة المعدة والمعى او بالقطع المعدي اليوابي المتسع جاز لنا ان نتساءل عن فضلى العمليات في قروح المعدة ؟ جواباً نقول ان الامر متعلق بالمريض ٠

فاذا كان الشخص قوياً متيناً مصاباً بقرحة غير متعفنة جاز القطع على ان تراعى الشروط الاتية : الاّ تكون التصاقات ولا تعفن ولا التهاب حول المعدة ولا صفيحة صلبة ولا وذمة في جدار البطن ٠ واما اذا كان الشخص ضعيفاً قليل المتانة وكانت القرحة ملتصقة فضلت مفاغرة المعدة بالامعاء

وقد فكر بعضهم في صنع الطريقتين معاً نعني بذلك ان تصنع في الزمن الاول المفاغرة المعدية المعوية حتى اذا ما قوي المريض ومرت عليه ١٥— ٢٠ يوماً قطعت القرحة في الزمن الثاني غير ان المريض يكون في الغالب راضياً عن عمليته الاولى فيرفض الثانية

والمفاغرة التي كانت في السنة ١٩٠٥ خير ما يصنع في ذلك العهد بدأ ظلها يتقلص ليحل محله قطع المعدة في العصر الممتد منذ ١٩١٤ — ١٩٢٠ ثم انها اليوم بدأت باستعادة مجدها ٠

اما كي المعدة (بلفور) الذي تكلم البعض عنه فهو عملية سيئة (هرتمان) وما النجاح الذي روي عنه الا ناجم من المفاغرة التي كان يكمل بها ذلك الكي

هذه هي المراحل التي قطعتها جراحة المعدة في ايامنا الحاضرة ٠

الجراحة في سياق سنة ١٩٢٧

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية

اذا وقف المرء امام مشهدٍ وكان الوقت يضطره الى القاء نظرة قصيرة عليه انطبعت في مخيلته صورة ذلك المشهد العامة وفاتته رسوم ما فيه من الاشياء الدقيقة فكان نظره اليه ناقصاً لا ينيله ما تصبو اليه نفسه وما مطالعة الجرائد والمجلات مهما كانت موضوعاتها الا امر شبيه بالنظر الى المشاهد التي تتراءى امام من يستقل قطاراً حديدياً او سيارة ينهبان الارض به نهباً فهو لا يتمكن من تأليف ما يرى من المناظر وهذا ما حداني الى كتابة هذا البحث واظهار اهم الحوادث والتطورات التي طرأت على الجراحة العامة في سياق السنة المنصرمة ليرى القارىء الكريم في بضع صفحات ما دوّن في مئات والوف وقد استعنت في وضع هذا البحث بما كتبه ميشل دنيكر جراح مستشفيات باريس .

١ — التخدير

أ — التخدير القطني : كانت الابحاث التي ادرجت عن التخدير القطني قليلة في السنة المنصرمة وما ذلك الاّ لان هذه الطريقة قد استقر امرها واجمع الرأي الجراحي على استعمالها غير اننا نذكر المقالة الممتعة التي دبجتها يراعة واضع هذه الطريقة المأسوف عليه جوناسكو عن التخدير الفقري العام فقد وصف بها طريقة التخدير وصفاً دقيقاً غير ان حججه لم تكن لتقنع قارئيه لان الجراحين لا يزالون محجمين عن التخدير العالي بطريق الفقار لما يرون فيه من الاخطار

وقد اتبعنا هذا الرأي الاخير فخدرنا في سياق السنة المنصرمة بضع مئات من المرضى بالطريق القطني غير اننا لم نستعمل ابداً التخدير العالي بل كنا نحصر هذه الطريقة بالارجاء الواقعة تحت السرة . وان من القى نظرة عامة على الغشي الذي يحدث في اثناء التخدير وما ينشر عن معالجته بحقن القلب بالكظرين يرى ان حوادث الغشي في اثناء التخدير الفقري اكثر عدداً واشد خطراً مما هي عليه في سياق التخدير بالكلوروفورم او الايثير .

ب — التخدير بالسومنيفان : يظهر ان هذه الطريقة لم يعم استعمالها على الرغم من العناية التي تعهدها بها فرده وفابر ومن تنقية المادة المخدرة فقد نقد هذه الطريقة نقداً مراً شافسو في جمعية الجراحة وبونو في جمعية جراحي باريس ويظهر ان السومنيفان قلما يكفي وحده للتخدير وان الجراح يضطر الى انشاق مريضه قليلاً من الكلوروفورم وان الافاقة من التخدير بطيئة فقد تستمر يومين كاملين وتستدعي عناية خاصة بالمريض وان الاضطراب الذي يلي العملية شديد للغاية وطويل المدى الامر الذي يدعو الى التساؤل عما اذا لم يكن السومنيفان الذي لا يسيء الى الكبد والكلية مضراً في المراكز العصبية . ان حقن العضلات بالسومنيفان يكفي في العمليات الصغيرة العادية غير ان الانتظار ساعة ونصف الساعة او ساعتين بعد الحقنة لا مندوحة عنه قبل البدء بالعملية

ج — التخدير بالايثير بطريق المستقيم : لا تزال فئة من الجراحين تدافع عن التخدير بالزيت الايثيري على الرغم من النقد الجارح الذي وجه اليه واننا نذكر المقالة الرائعة التي كتبها روبينو مبيناً بها حسنات هذه الطريقة وسيئاتها وواصفاً طرز اجرائها والادوات اللازمة فيها وكميات المخدر وغير ذلك مما يعلق

روبينو اهمية كبيرة على مراعاة هذه الشروط وهو يعتقد ان المحاذير التي اوقفت العدد العديد من الجراحين عن الاقبال على هذه الطريقة تتبدد متى روعيت هذه القواعد فنذكر من هذه العراقيل : التهابات المستقيم ، قروح الامعاء ، العراقيل الرئوية ، اعراض تسممات خطرة والخ فكل هذه العوارض تنجم على زعم روبينو من الخطإ في اجراء الطريقة ومن استعمال كميات كبيرة من المخدر

د — التخدير بالجانو سكو بولامين (genoscopolamnie) : ان الحقن بالسكو بولامين قبل العمليات يسهل التخدير كثيراً وينقص الإلعاب ويعيد الافاقة لذيذة . غير ان هذا المخدر علاج سام صعب الاستعمال لا يخدر الا متى كانت كميته كبيرة . وهو يحدث اعراض تسمم شديدة متى تجاوز مقداره حدّ تحمل المريض ولعل الخيبة التي يصادفها الجراحون ناجمة من قلة المقدار الذي يحقنون به المريض . اما الجانوسكو بولامين فهو شبه قلوي يمتاز بتركيبه الكيماوي عن السكو بولامين فهو يتصف بصفات السكو بولامين المخدرة ويمتاز عنه بخلوه من التسمم فالمقادير المستعملة منه تفوق كثيراً مقادير السكو بولامين .

وهذا ما دعا الجراحين الى الاقبال عليه وقد وصف لامبره طرز التخدير به وصفاً دقيقاً وبين رضاءه عنه فاذا اعطي المريض منه في الليلة التي تسبق العملية ٢ — ٣ مليغرامات بطريق الفم نام نوماً هادئاً حتى الصباح واذا حقن المريض منه قبل العملية بخمس واربعين دقيقة بثلاثة مليغرامات و١٥ مليغرام مورفين ظهرت فيه حالة خمود فسهلت التخدير واستمر الخمود (torpeur) ٦ — ٨ ساعات لا يشعر المريض في اثنائها باي ألم ولا يشكو اقل مضض . وهذه هي الحسنة التي تجنى من هذه الطريقة ...

٥ — التخدير بمزيج شليخ : اقترح التخدير بهذا المزيج دغوت واشار ان يخدر به بجهاز امبردان فهو يضع في الجهاز ٣٠ غراماً من المزيج واذا احتيج الى اكثر منها جاز ذلك . والتخدير بهذه الطريقة حسن للغاية .

٢ً — الاعتناءآت قبل العمليات وبعدها

أ — معايرة البولة الدموية في الجراحة : خطت هذه الطريقة خطوة كبيرة لان معايرة الازوت في الدم مقياس تقاس به متانة الشخص المعد لعملية جراحية وقد درس مارسل ارنو من مرسيليا هذا الامر درساً دقيقاً وتوصل الى استنتاج النتائج الاتية :

١ً — يكون الازوت في دم المعدين لعمليات جراحية متى كانت اكبادهم وكلاهم تقوم بوظائفها حق القيام ٠،٤٥ او اكثر (شاهد مارسل هذه الزيادة في ٧٩ حادثة من ١٥٠)

٢ً — يعلو الازوت الدموي في الايام الاولى التي تلي العملية علواً ثابتاً مقلقاً لخاطر الجراح دون ان ترافقه علامات سريرية في اكثر الاحيان ثم لا يلبث ان يعود الى ما كان عليه بعد ثمانية الى عشرة ايام

٣ً — سبب ازدياد الازوت الدموي قبل العمليات و بعدها في المصابين بجروح كبيرة و بصدمة رضية او جراحية فساد النسج والامتصاصات السمية .

٤ً — ليس لهذا الازدياد اقل قيمة في الانذار قبل العملية و بعدها بل هو يزول في اكثر الاحيان مع الافات التي اقتلعتها العملية الجراحية .

وقد وصل كرانيسيانو وفلوريون الى استنتاجات قريبة من استنتاجات مارسل ارنو فهما يقولان .

١ً — ليس لازدياد الازوت في الدم قبل العملية سوى قيمة ضئيلة في الانذار الا متى كان الازدياد كبيراً . بل يجب ان تتحرى مرتبة امبار واختبار الفانول فتالئين متى رغبنا في تحري وظيفة الكلية بعد العمليات .

٢ً — ليس للمخدر الا تأثير ضعيف في رفع ازوت الدم بل التأثير كل التأثير يعود الى امتصاص النسج الفاسدة .

فنحن نذكر زملاءنا الجراحين بهذه الاستنتاجات ونسألهم ألاّ يعلقوا الاهمية الكبرى على ازدياد الازوت في دماء مرضاهم فيمتنعوا بسببه عن اجراء عمليات قد يكون من تأخيرها القضاء المبرم على اولئك المرضى .

ب — حموضة الدم عقب العمليات : ان الشغل الشاغل للجراحين هو الخوف من هذه العرقلة الراعبة فقد جربوا محاشاتها بمنع مرضاهم المعدين للعمليات عن الصوم والمساهل قبل العمليات وباعطائهم مائيات الفحم والقلويات . غير ان هذا كله لم يبدل توالي العمليات تبديلاً محسوساً . وقد استعملوا الانسولين في هذه الاونة الاخيرة وحده او اشركوها بحقن الدبسوز (غليكوز) ويرجح ان السبب في الحموضة التي تعقب العمليات وتظهر في اناس ليسوا مصابين بالسكر هو تشوش الغذاء الناجم من المخدر وان لقصور وظيفة الكبد الدور المتغلب في هذا التشوش . فيترتب على الجراح والحالة هذه ان يعاين الكبد معاينة دقيقة وان يدرس المخدر الذي يتحمله المريض درسا عميقا و يستعمل الانسولين متى كانت العراقيل خطرة .

ج — الحرارة الرطبة والبرودة في معالجة الالتهابات الحادة : كتب ماتيفه مبيناً فوائد الحرارة الرطبة في الالتهابات الحادة : فلغمون العقد ، الدمامل ، الجمرة الحميدة ، التهابات الاوعية البلغمية ، التهابات الثدي والخ على ان يراعي في

استعمالها ما ذكره ركلو (ماء حرارته ٥٠ — ٥٥ بـدون انقطاع) سواء أكان استعماله بشكل حمامات او تضميدات ، او رذاذ ، او حقن ، حتى ان ماتيفه لا يتردد عن اطراء لصقات بزر الكتان

اما موكو فانه يثني الثناء العاطر على التبريد في التهابات الثدي التي تظهر في سياق الارضاع وفي التهابات الغدة الدرقية الحادة وفي عدد عديد من الالتهابات الحادة . فهو يشير بوضع محفظة من الثلج املاً بغؤور (résorption) الافـة او بخفتها كما في الحرارة الرطبة . واستعمال الثلج اسهل على المريض من استعمال الحرارة الرطبة التي تستدعي رقابة دقيقة .

د — الاشعة فوق البنفسجي في العفونة : قدم لويس بازي الى جمعية الجراحة تقريراً عن الاشعة فوق البنفسجي خلاصته انه استعملها في ٨٠٠ حادثة عفنـة وعقيمة فكان يعرض ساحة العملية واليدين لها في سياق العمليات فتحقق ان التعقيم يزداد وان العضوية يشتد دفاعها ازاء العفونة وان الحالة العامة تتحسن والندب يسرع .

وما من ينكر فعل هذه الاشعة القاتل للجراثيم غير ان لويس بازي نفسه يحذر من استعمالها لانه يتساءل في اخر تقريره عما اذا لم يكن تعريض الاحشاء لها يسبب حروقاً ومواتاً في الامعاء وعليه فلا بد في استعمالها من الانتباه الشديد .

ه — اللقاحات والمصول في الجراحة : كتب الكثيرون عنهـا الشيء الكثير وخير ما قيل المحاضرة التي القاها بازي في فال دوغراس وهو يشير بهـا الى الانتباه الشديد في استعمال اللقاحات و ينبه الجراحين الى درس كل حادثة على حدة قبل الاقدام على استعمال اللقاح لان الحوادث جميعها لا تتشابه .

اما المصول فقد ذكر بازي عنها فائدة المصل المضاد للغنغرينا في التهاب الزائدة وايد هذا الرأي كثيرون سواه غير ان هذا التحسن الذي يحدثه المصل يسهل العمل الجراحي ولا يغني عنه ·

وذكر كافور ضرورة الالتجاء الى المصل المضاد للكزاز في الجراحة واورد كثيراً من حادثات التنوء (anaphylaxie) والعوارض المصلية المؤلمة التي تزعج الطبيب والمريض معاً في بعض الاحيان وقال ان اجتناب هذه العوارض ممكن باستعمال مصل مارتن الجديد اللاآحيني (sérum desalbinisé) فان المصلين والكريين (sérine et globuline) يكونان قد رسبا في هذا المصل فلا يبقى سوى الكريين الكاذب (pseudo-globuline) وهو الذي يحمل مضادة الزيفان (antitoxine)

و — الحروق : درست الحروق درساً دقيقاً في اميركا · فقد نسب موره و يلس العوارض السامة في الحروق الى امتصاص الهيولين (protéine) من النسج المحروقة وهو ينصح بمعالجة الحروق كالجروح الرضية اي بالتقشير وقطع الاقسام المائتة · وقد استعمل طريقته بعد ان اختبرها طويلاً في سبعة مصابين بحروق خطرة فشفي منهم ستة ومات واحد وكان يلاحظ ان الحالة العامة كانت تتحسن تحسناً سريعاً وان الندب يسرع ·

غير ان بنكروفت وروجرس يقولان بان هذه الطريقة تضحي بعناصر ربما كانت عاملاً كبيراً في ترميم النسج الميتة · عدا ان هذه الطريقة تؤلم المريض في الايام التي تلي العملية وان الجروح تتعفن في الغالب · فهما يفضلان استعمال حامض العفص (ac. tannique) و يستعملان منه محلولاً نسبته ٢٫٥ — ٥ في

المائة فيعود الجلد بعد استعماله قاسياً كالجلد المدبوغ وتخف الالام وتندب الحروق تحت هذا الستار الصلب · ويستعمل باك وبورس رذاذ حامض العفص ايضاً

وقد درس دنكن ولتون الحروق بالفوسفور الابيض فقال ان هـذا الجسم يعلق بالنسج ولا ينفصل عنها فهو يتابع عمله الحارق مدة طويلة فيجب والحالة هذه ان يفصل الفوسفور عن الهواء بستر الحرق بطبقة كثيفة من القطن مبلل بمحلول كبريتاة النحاس المئوي فينطفىء الفوسفور بعد ثلاث دقائق فيستخرج ويظهر حرق من الدرجة السادسة يعالج كما تعالج الحروق ·

ز — تشخيص الاورام الشحمية : كثيراً ما تلتبس الاورام الشحمية بالخراجات الباردة لانها تتصف بتموج كاذب يتمثل امام الجراح كأنه تموج حقيقي فمتى وقع الالتباس وكان الجراح لا يرغب في البزل الاستقصائي عليه ان يستعمل طريقة اوفراي وهي طريقة قديمة العهد غير ان الفضل يعود الى اوفراي في احيائها وتقوم هذه الطريقة بوضع محفظة من الثلج على الورم او بتوجيه رذاذ الايثير عليه فاذا كان الورم شحمياً تصلب ·

٣ً — العظام ، والمفاصل ، والاطراف

أ — الاستجدالات (ostéosynthèses) : على الرغم من التقارير الضافية التي رفعها بعض الجراحين عن فائدة الاستجدال في الكسور الى جمعيات الجراحة المختلفة لا يزال السواد الاعظم من الجراحين يعدون هذه الطريقة من المعالجات الاستثنائية التي لا يجوز الالتجاء اليها الا في بعض حالات خاصة : (كسور الساق المائلة ، كسور عظمي الساعد ، كسور المشاش مع تبدل لا يرد والخ) على ان يكون الجراح قد جرب الرد غير الجراحي اولاً فلم ينجح وان تكون المعدات

اللازمة لهذه العمليات جاهزة لديه ·

فاذا روعيت هذه الشروط كان الاستجدال في الكسور جليل الفائدة · اما في الكسور المفتوحة فقد اختلفت الاراء اختلافاً بيناً فمنهم من فضل الاستجدال ومنهم من فضل المعالجة الاخرى غير ان السواد الاعظم قد اقرّ كما يظهر ان الكسور المختلفة مع جروح متعرجة وتخريبات كبيرة في العضلات تستدعي الرد والتطهير والتثبيت اولاً مع بقاء الجرح مفتوحاً ثم خياطة الجرح خياطة تالية بعد حين ثم الاستجدال اذا قضت الضرورة به ·

وقد استعملنا الاستجدال في بضعة كسور مغلقة كان ردها غير الجراحي متعذراً فكانت النتيجة باهرة ولم نصادف سوى عرقلة واحدة ليس غير وهي ذات العظم والنقي في مريض مصاب بكسر الظنبوب (tibia) لم نثبت ظنبوبه المكسور بالأساور بل بالجبائر المعدنية واللوالب ولعل اللوالب كانت السبب في ذات العظم الرضية ·

ب — الاجهزه في كسور العضد والفخذ : نشرنا عنها المقالات الضافية في مجلتنا واننا نرى ان ايراد لمحة مختصرة عن هذه الاجهزة لا يأتي بالفائدة المقصودة واننا ندعو القراء الكرام الى مطالعة ما كتب

ج — التهاب المفصل السيلاني ومعالجته : درس ماندور في مؤتمر الجراحة هذا البحث وبين الصعوبة التي يصادفها الجراح في التشخيص مع ان الاسراع به ضروري لان التهاب المفصل السيلاني يشيخ سريعاً ولان العوارض التي تنجم منه قد تكون مميتة · واصرّ على تحري المكورات البنية (الغونوكوك) مرات متتابعة في ينبوعه (الاحليل والحويصلين المنويين وعنق الرحم) وفي الدم

والمحفظة المفصليــة وعلى الطبيب ان يستعين بالرسم الشعاعي ومبحث الخلايا (cytologie) والتشخيص(المصلي séro-diagnostic) ليشخص المرض

وقد درس ميشل من نانسي معالجة هذا الالتهاب المفصلي و بعـد ان اورد امام المؤتمر الجراحي جميع المعالجات المستعملة ختم كلامه بقوله ليس من معالجة نوعية لهذه العرقلة الخطرة · فعلينا ان نتقيها بمعالجة الافات المسببة لهـا (التهاب الاحليل ، الموثة (prostate) الحو يصل المنوي ، ملحقات الرحم ، غدد برتولان ، قنوات سكن «Skene») معالجة متقنة ·

اما تثبيت المفصل الطويل فلا يشار به لانه يسبب الالتصاق وجل ما يستطاع صنعه ١ً — ازالة الالم (المعالجة الدوائية : التحريك ، الهواء الحار ، الاشعة ، المصل ، اللقاح ، مار كورو كروم « mercurochrome » غونكرين « gonacrine ») ٢ً — المحافظة على حركة المفصل (طريقــة و يلمس ، خزع المفصل وغسله ثم اغلاقه بدون تحفيض ، استئصال المحفظة) وقد تدعو الحالة في بعض الاحيان الى نشر المفصل او الى البتر كما في الورم الابيض ·

د — الاكياس المسماة اكياس الغمود المصلية (les kystes dits «synoviaux») :

تشاهد هذه الاكياس الصغيرة في المعصم غير ان جوهرهـا الحقيقي لم يعرف حتى بضع سنوات خلت · فلا يجب ان نعدها فتقاً طرأ على الغمد المصلي كما كان شأنها في زمن غوسلن لان هذه الاكياس مستقلة الاستقلال التام عن المحفظة المفصلية واذا اتصلت بها فلا يكون ذلك الا لطارىء طرأ عليها · ليست هذه الاكياس في الواقع الا استحالة نظيرة الغراء اصابت النسيج الضام وهي آفة غير محدودة جيداً وكثيراً ما تكون نشيطة غير منطفئة حين تستأصل وهـذا

ما يعلل لنا نكسها فيترتب على الجراح اذن الا يستأصل هذه الاكياس الا متى ازعجت المريض بكبر حجمها · ويكتفي بعض جراحي الالمـان بشقها شقاً بسيطا و بترك الشق مفتوحا ريثما يندمل من العمق الى السطح

هـ — جراحة اقراص الركبة المفصلية : تكلم عن هــذا البحث باسهاب موشه وتافرنيه في مؤتمر الجراحة فبينا ان الافة التي تشاهد في الغالب انما هي شق طولي يصيب القرص الانسي فينخلع القسم الانسي منــه و يعود حراً في الفضاء بين اللقمتين و يحدث العرض المسمى في السريريات الاعتقال (blocage) امــا الافات الاخرى فنادرة : اقتلاع قرن ، شق معترض ، تثني والخ

اما المعالجة فلم يختلف فيها لان الرأي الجراحي اليوم أجمع على استخراج الاقراص المفصلية استخراجا تاما ولم يقم الجدال الا على افضــل طريق يجب اتباعه لاتقان العمل الجراحي فبعضهم فضــل خزع المفصل طولا خزعا كبيراً والبعض الاخر وهم اكثر عــدداً فضل خزع المفصل عرضا وقطع الرباط الجانبي الانسي

و — جروح اليد والاصابع بأقلام حبر الانيلين: نشرت بضع عشرات من المشاهدات عن هذه الجروح التي تظهر بمظهر السلامة مع ان عواقبها قــد تكون شديدة الخطر فلو غرز رأس قلم الرصاص في الجلد و كسر فيه كان استئصال تلك القطعة صعباً للغاية لانها تتفتت اذا ما مسكت بالمنقاش وهي اذا تركت في النسج احدثت فيها مواتاً وتقيحاً طويل الامد · وقد تطرأ على الجريح عوارض عامة خطرة مسببة من التسمم : اسهال ، يرقان ، حمى ، التهاب الاوعية البلغمية المتسع كما في المشاهدات التي اوردها غزتنميستر · فيجب والحالة هذه ان تقطع

النسج المخضبة بالانيلين وتستأصل جميعها مع القطعة الغارزة فيهـا ولو اضطرت الحالة الجراح الى اجراء التصنيع متى صعبت عليه الخياطة

ز — تصنيعات الابهام : تصنيع الابهام ممكن بطرق مختلفة فقد رويت مشاهدة لا تخلو من الفائدة وهي ان احد المرضى قطع ابهامه بمنشار دائري ولم تبق وسطاه عالقة الا بالجلد . فعنّ لموشام ان يخيط الوسطى بجذمور الابهام تاركاً جلدها عالقاً بها فالتصقت الوسطى بعد وقت قصير حتى انه تمكن من قطع الجلد بعد ستة وثلاثين يوماً فعادت اليد بعد ان كان ابهامها مبتوراً يداً فيها ابهام مركب من ثـلاث سلاميات يتحرك تحركا حسنا ويحس حسا طبيعيا وقد روى الجراح نفسه حادثة اخرى كان النجاح بها حليفه في ابهام الرجل .

وتصنيع الابهام نظراً الى وظيفته الكبيرة في اليـد امرٌ يترتب على الجراح الاهتمام به سواء في اثناء الحادثة التي تؤدي الى بتر الابهام او بعد اندمال جذموره لان الجراح الذي يعيد الى يد ابهامها يكون قـد اعاد اليها نصف وظيفتها المفقودة ولا يخفى ما في هذا الامر من الاهمية ولا سيما اذا كانت اليد المصابة اليد اليمنى واذا كان الشخص المصاب من الكتبة او ذوي الاعمال التي تستدعي الدقة . ان الجراح بعمله هذا ينفخ في حياة الجريح الاجتماعية روحا جديدة .



يوبيل العلامة الكرملي

احتفلت الزوراء في ١٦ ايلول المنصرم بيوبيل حضرة العلامة الطائر الصيت الاب انستاس ماري الكرملي تقديراً لمقامه العلمي الكبير وخدمه الجليلة التي اسداها الى اللغة العربية وقد رأس الحفلة شاعر بغداد الكبير وفيلسوفها الشهير جميل بك صدقي الزهاوي فكان ذلك اليوم كسوق عكاظ نثرت فيه درر الخطب ونظمت لالىء القصائد الغوالي في مدح المحتفى به ولا عجب اذا هبت بغداد لتكريم علم اعلامها ونابغتها الكبير وهو الذي خدم اللغة العربية نصف قرن باحثاً منقباً ، وهو الذي انشأ مجلته (لغة العرب) فكانت اداة وصل بين الشرق والغرب ، وهو الذي وضع من المؤلفات زهاء ثلاثين مؤلفاً منها (تاريخ بغداد) و(تاريخ العراق) و(تاريخ الكرد) و (العرب قبل الاسلام) ومعاجم ثلاثة نادرة لم تطبع بعد ، وهو الذي بانتمائه الى العراق قد جعل بغداد قبلة العرب والمستشرقين وقد كنا من الذين بهرهم ذلك النور الثاقب فنظروا اليه يستضيئون به في رحلتهم العلمية المظلمة فكم من المصطلحات الطبية التي وضعها فاحكم وضعها وكم من الالفاظ القديمة التي احياها بعد ان كانت مندثرة وان مجلة معهدنا هذه ومؤلفنا « السريريات والمداواة الطبية » الذي انجز طبع جزئه الاول لبرهان ساطع على ما للعلامة الكرملي على لغة الطب وعلينا من الفضل

فنحن نتمنى لصديقنا ورصيفنا الفاضل يوبيلاً مباركاً وحياة طويلة لتستفيد البلاد العربية من علومه الغزيرة .

المؤتمر الطبي الدولي
لأمراض المناطق الحارة

ستحتفل كلية الطب بالقاهرة بمناسبة مرور مائة عام على تأسيسها بعقد موءتمر طبي دولي لامراض المناطق الحارة وعلم الصحة وذلك في الخامس عشر من شهر كانون الاول سنة ١٩٢٨ تحت رعاية صاحب الجلالة ملك مصر ·

وقد ارسلت الحكومة المصرية الى البلدان المختلفة بالدعوات الخاصة لحضور هذا الموءتمر الذي سيمثل ايضاً معرضاً لأحدث الالات والاجهزة الطبية ولعل فرصة زيارته لا تفوت حضرة الاطباء والجراحين من السوريين واللبنانيين نظراً الى الفائدة التي قد تعود عليهم باطلاعهم على اراء الغير من اساتذة الطب وما وصل اليه ذلك العلم وفروعه في مرحلته الاخيرة ·

كتب حديثة

مجلة الرابطة الشرقية : انشأت الرابطة الشرقية هـذه المجلة التي سميت باسمها وعهدت برئاستها الي السيد عبد الحميد البكري وبادارتها الى سعادة احمد شفيق باشا وبالاشراف على انشائها الى الاستاذ علي عبـد الرزاق وهي تطرق المباحث العلمية والاجتماع والاقتصاد والادبيات والفنون الجميلة وكل مـا هو مفيد لامم الشرق · تصدر عن مصر كل شهرين اشتراكها السنوي خمسين قرشاً صاغاً في مصر وستين في الخارج فنتمنى لها الرواج

جدول الامراض : هو معجم صغير قام بوضعه رصيفنا وصديقنا الحكيم فوءاد غصن خبير المحاكم في بيروت واستاذ الطب الشرعي في الجامعة الاميركية وصاحب المجلة الطبية العلمية يقع في ٤٩ صفحة متقن الطبع صقيل الورق · وقد شاء زميلنا

ان نكتب مقدمة لمعجمه هذا فأولانا منة لا نستحقها فاجبناه الى طلبه و بعثنا اليه بمقدمة بحثنا فيها عن حياة اللغة العربية .

ان هذا المعجم على صغر حجمه عمل من الاعمال المجيدة التي تحجم الجماعة عن القيام به فاذا ما قام فرد في الامة وخطا هذه الخطوة العلمية الكبيرة دل عمله على حب فائق للغته وتفان في خدمتها وإقدام ادبي نادر لانـه يعلم وهو يضع معجمه ان الانتقادات ستنهال عليه انهيال المطر ذلك لان المصطلحات التي ينقلها زميلنا الى العربية كلمات حديثة لم تجمع اراء الاطباء في البلاد العربية المختلفة على ترجمتها فان المصري له رأي فيها يختلف عن رأي السوري والسوري له رأي يباين رأي العراقي وقس على ذلك . غير ان الزميل قد ضرب بكل هذه الامور عرض الحائط وسدد انظاره الى شيء واحد وهو انه راى في اللغة العربية هوة سحيقة تفصلها عن لغات الغرب الحية فرمى حجره فيها وهو يعتقد كل الاعتقاد ان هذا الحجر لا يملأ تلك الهوة الكبيرة الا انه بعمله هذا ينادي علماء اللغـة ولغوييها الى الاقتداء به ينادي المهندس والحقوقي والزراعي وكل ذي اختصاص الى سلوك الطريق الذي سلكه و يستحلفهم باسم اللغة التي ينطقون بها باسم هذه اللغة التي كانت مناراً للعالم في زمن حضارتهـا اللامع ان يرمي كل منهم حجره في تلك الهوة ليعود المرور الى ساحة العلم الحديث متيسراً ، فكيف لا يكون هذا العمل كبيراً على الرغم من صغره و كيف لا نسدي الى زميلنا اخلص عواطف التهنئة بخطوته الاولى منتظرين خطاه المقبلة . ومتمنين الا تعثر قدمـاه بما يمنعه عن متابعة عمله النافع وجهاده العلمي .

الجزء ٩ المجلد ٥

مجلة المعهد الطبي العربي

تشرين الثاني سنة ١٩٢٨ م · الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٧ هـ

المفصل الكاذب في عنق الفخذ

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

سقط المدعو ابرهيم يوسف على وركه منذ زهاء خمسين يوماً فعولج في بيته ولازم سريره كل هذه المدة فلم تسفر هذه المعالجة عن نتيجة حسنة لان الالم بقي مستمراً ولان الوقوف والمشي كانا متعذرين عليه وهو رجل في العقد السادس من عمره غير ان ملامح الهرم تبدو عليه حتى ان الناظر اليه يظنه قد تجاوز الثمانين · كانت رجله حين دخوله دائرة الى الوحشي دوراناً عنيفاً وحركات وركه الايسر مؤلمة الماً شديداً ولم تكن حركات المدك (piston) ولا الجارور (tiroir) واضحة

وكان طرفه السفلي اقصر من الطرف الثاني ثلاثة سنتمترات كل هذا كان يوجه افكارنا الى كسر في عنق الفخذ غير مندمل او مندمل اندمالاً معيباً ·

رسم المريض بالاشعة فظهر كسر مار بالعنق في فخذ كان عنقها قد غار (resorber) او بعبارة اخرى بدا مفصل كاذب في عنق الفخذ · اما الكرمة

(رأس الفخذ) فلم تترك محلها في قلب الورك وكانت تبدو حفيرة الرباط المدور وكان التروخانتر الكبير مرتفعاً والتروخانتر الصغير بادياً في الرسم وهو دليل على دوران الطرف الى الوحشي ٠

جيئ بهذا المريض المقعد الي لكي انظر في امره فرأيت ان التوسط الجراحي واجب على الرغم من إخطاره في مريض طاعن في السن كهذا واعني بالتوسط الجراحي وضع طعم مستل من الشظية في مركز الكسر ٠

غير ان الالات في عمليات خاصة كهذه كانت تنقصني وما رأيته في موءتمر الجراحة الذي عقد سنة ١٩٢٤ من النتائج الباهرة في كسور عنق الفخذ المعالجة بهذه الطريقة كان يدفعني الى اجراء هذه العملية لهذا المسكين المقعد٠ ولا سيما طريقة نوردنيدس التي اعلنها امبر فهي طريقة سهلة الاجراء وهي التي اخترتها دون سواها٠

العملية : اجريت في ٣٠ نيسان سنة ١٩٢٧ ٠ خدر المريض بالتخدير القطني بحقن ٤٠ ، ٠ سنتغرمات ستوفائين ، مدد على المنضدة ووركاه مبعدان تبعيداً متناسباً وكان ذلك التبعيد في ابعد حد وصل اليه الورك المريض وشوكاه الحرقفيان على خط افقي واحد ٠ وكان المساعد الذي يسند الطرف المريض يبسط هذا الطرف جاداً في ادارته الى الانسي على منضدة ثانية صغيرة كانت قد اعدت لاستناد الطرف اليها حين نزع الطعم الشظوي منه ٠ اما تضاد التمديد فقد اجريناه بوضع مغلقة كبيرة عقدناها حول العانة ٠

اجريت الشق حسب طريقة دالبه ، شققت النسج الرخوة تحت القنزعة التي تحدد المدور الكبير بسنتمترين و بعد ان كشف العظم ثقبت بالمحج اليدوي حسب خط مار بالنقطة التي اثقبها ومتجه الى الشوك الحرقفي الامامي العلوي في الجهة

المقابلة وهو الخط الذي سار فيه المثقب وقد شعرت جيداً بالمقاومة التي صادفتها حين اختراق القشرة وباللين حين اختراق المنطقة المتخلخلة والراس . وقد وقفت حين وصل المثقب الى الخط الذي كنت رسمته عليه بالمبرد لان طول المثقب كان معادلاً اذ ذاك لطول الطعم الذي كنت قد قسته على الرسم الكهربي .

فنزعت المثقب ثم وسعت هذا المجرى بثقب اثخن يعادل قطره سنتمتراً وتركت المثقب حيث هو .

وعدت الى الشظية فاقتطعت منها بمنشار جيغلي الطعم مع محافظتي على السنتمترات العشرة السفلي من هذا العظم حسب وصية دالبه . وبعد ان عريت الطعم من سمحاقه نزعت المثقب وغرزته مكانه بضربه ضربات خفيفة بالمطرقة كما يغرز النجار المسمار الخشبي في خشبة مثقوبة . ثم ثبت الطرف في جهاز هويتمان الجبسي والمريض على منضدة العملية .

ورسم المريض مرة ثانية فظهر ان الطعم في الحفرة التي احتفرت في العظم وانه مار منذ الثقبة الخارجية حتى حفيرة الرباط المدور .

وقد استدللنا من الظل الخفيف الكائن في الفاصل عند طرف الطعم والمناسب لانخفاض الراس انخفاضاً خفيفاً ان الطعم قد دخل الرأس لانه لم يكن لدينا رسم جانبي ولم تتيسر لنا طريقة روية البروز (stéréoscopie) لنحقق هذا الامر . ويظهر ان الطعم كان طويلاً واننا قد تجاوزنا الحد في غرزه . غير ان هذا الامر لا يعد ذا بال في طريقة التسمير هذه .

ولم ينخفض عظم الفخذ انخفاضاً كافياً وليس في هذا الامر ما يدعو الى العجب والكسر في يومه الخمسين والمفصل الكاذب المتكون مشدود جداً ، ولم

يكن الرد تاماً ولا الدوران الى الانسي كافياً على الرغم من ابلاغنا اياه الى اقصى حده لان المدور الصغير كان ظاهراً في الرسم ·

اما المسافة الواضحة فقد كادت تزول والقطعتان العظميتان قد اقتربتا وتلاصقتا فيحق لنا أن نقول ان هذه الحالة من الوجهة العملية مرضية جداً ·

توالي العملية : أُصيب المريض بخشكريشات ولم يحتمل جهازه الجبسي فكنا نقطع منه قطعاً مناسبة للنقاط المضغوطة وقد اضطررنا الى نزع الجهاز جميعه في اليوم الخامس عشر · وحاولنا ان نضع للمريض جهاز تمديد ثابت منعاً لدوران الطرف دوراناً وحشياً وهذا ايضاً لم يحتمله المريض · فتركناهُ اخيراً وشأنه في سريره واوصينا الممرضة بمنعه عن الوقوف قبل الشهر الرابع ·

ثم سافرت الى فرنسة وبعد ان عدت منها عرفت ان المريض ترك المستشفى في ٦ تموز نظراً الى الحاحه والحاح عيلته وكانت حالته العامة سيئة ولم اعد اسمع عنه بعد ذلك خبراً الامر الذي يدعوني الى السكوت عن النتيجة الوظيفية ·

لست ارمي بايراد هذه المشاهدة الى وضع طريقة خاصة تقريبية في تسمير الفخذ معارضاً بها الطرق الدقيقة التي قام بوضعها كبار اساتذتنا · غير انني ارغب في ان ابين ان تلك الطرق لا يستطاع اجراؤها الا في المستشفيات المختصة بهذه الجراحة والمجهزة بالالات والادوات الخاصة وان تسمير الفخذ عملية يستطاع اجراؤها بهذه الطريقة السهلة وبالالات التي لا يخلو منها مستشفى جراحي دون ان يعرف رأس الفخذ او يرسم في سياق العمل الجراحي ففي كل مرة لا تنجع بها طريقة هو يتمن يستطاع تسمير الفخذ ووضع طعم فيه لينمو ويكوّن عظماً جديداً في ذلك المفصل الكاذب

التهابات الكلية المصاحبة لبيلة الدم

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ علمي النسج والتشريح المرضي

تمتاز هذه الالتهابات سريرياً بالبيلة الدموية وسلامة وظيفة الكلية ونسيجياً بآفات بسيطة منحصرة في الكليتين معاً او في احداها . تدخل هذه الالتهابات الكلوية في زمرة الامراض الجراحية وقد سعى الى معرفتها علماء العالم فبحث عنها « ادهورب Edhorbe » في اميريكة وهاريسون « Harrison » في انكلترة واسرائيل في المانية وساباتيه ، وبوسون ولودنتو ولوغو والباران وجانبرو وماريون في فرنسة وكان العلماء الفرنسيون في مقدمة من تناولوا هذا البحث ونقصوا فيه

الاسباب : انتانية او سمية او حرضية او رضية

الاسباب الانتانية : يعرفها الطبيب متى بحث عن سوابق مريضه بحثاً دقيقاً وقد قال روزنيغ (Rowsnig) ان هذه الالتهابات ناجمة من تأثير ذيفان الجراثيم او السموم في الكلية . وتتمكن الجراثيم من اذية الكلية بوجودها فيها او بذيفانها . وتصل الجراثيم الى الكلية باحد الطرق الثلاثة .

١ — الطريق الدموي او الطريق النازل

٢ — الطريق البولي التناسلي او الطريق الصاعد

٣ — الطريق البلغمي (اللنفاوي)

وقد تستقر الجراثيم في مكان بعيد عن الكلية وترسل افرازاتها اليها لانها

المرشحة والطاردة للسموم فتثبت فيها وتضر بها

اما الجراثيم التي ظهر تأثيرهـا في الكـلية فهي عصيات الكولون ، والمكورات العقدية والمكورات البنية وعصية ابرت والعامـل المرضي للنزلة المستولية (عصية بفيفر) الخ

وقد عرف من الطفيليات حييوين لافران الدموي [١] ومن الفوعات فوعة الجدري والحصبة والقرمزية [٢]

ومما يجب الانتباه اليه عصية الكولون التي تشاهد في بول الحبالى والمصابين بالتهابات المعى المخاطية الغشائية (جانبرو) · تنتقـل الى مسالك البول بالطرق البلغمية او بالطريق الدموي اثر تعفن الدم بعصيات الكولون

وقد نبه مارسان الافكار الى امر هام استنتجه من مشاهدة احدى مريضاته التي كانت تصاب ببيلة دموية وعصوية (عصية الكولون) اثر نوب التهاب الزائدة فقطع زائدة المريضة عام ١٩١٩ ففارقتها البيلتان العصوية والدموية · ويقول جانبرو ان البيلة الدموية في نوب التهاب الزائدة او في التهاباتها القديمة ليست مدعاة الى العجب لان التهاب الزائدة يصطحب في الغالب بالتصاقات بين الزائدة والأعور والحالب فيسهل مرور الجراثيم او سمومها بطريق العروق البلغمية الى الكـلية · بهذا تعلل الالتهابات التي لا تبدو الا في جهة واحـدة وهي الجهة التي تقع فيها الزائدة ولجانبرو مشاهدات عديدة في هذا الصدد ·

---

(١) شاهدنا مرضى كثيرين اصيبوا بالتهاب الكلية تلو نوب البرداء او معها

(٢) يقال ان عامل القرمزية هو جرثوم من نوع المكورات العقدية ؟

الأسباب السمية : تلتهب الكلية من جراء مرور مواد سمية خارجية او داخلية منها وما تصلب الكلية الا نوع من تصلب الشرايين ناجم من التسمم الذاتي المزمن · ولا يجب ان ننسى الالتهابات الناجمة من تجرع بعض الادوية بكميات وافرة كصفصافاة الصودا والزرنيخيات والملاح الزئبقية والبزموتية والاوروتروبين والثئوبرومين ولا سيما الذراح · وقد ادخل شوفار البرد في زمرة الاسباب المذكورة

الاسباب الحرضية : البول شديد الحموضة في اكثر الامراض الحرضية توءثر حموضته في الكلية فتلهبها التهاباً عقيماً · تلتهب الكلية في داء السكر لانها تعمل فوق طاقتها لطرد الماء والسكر فتحتقن وقد تلتهب واما في النقرس فتلتهب الكلية لان في البول كمية كبيرة من حامض البول وملاحه وقد ينجم التهاب الكلية من الحرض الحماضي (diathèse oxalique) او من رمل الكلية كما وقع لألباران في مريضة كانت مصابة ببيلة دموية شديدة فخزع الكلية فشاهد ان الحليمة تحتوي على بعض مواد صلبة فقشرها باصبعه واغلق الجرح فشفيت المريضة

الاسباب الالية : ليست هذه الاسباب الا مساعدة فالكلية الهاجرة مستعدة للالتهاب اكثر من غيرها كما اثبت ذلك شلنغ (Schelling) وديولافوا (Dieulafoy) · وقد يكون التهاب الكلية المصاحب لبيلة الدم اثراً لرض بعيد وقد تنجم بيلة الدم من المشد لان المشد يرض الكلية بضغطه اياها رضاً مستمراً ومديداً وقد شاهد روزنيغ في احدى مريضاته التي كانت تشكو بيلة الدم اثراً لانطباع الضلع الثانية عشرة في الكلية وقد تنجم بيلة الدم ايضاً

من انضغاط الحالب بالأورام الحالبية او اورام ملحقات الاعضاء التناسلية في النساء او من الحمل (مارسن)

الاعراض : بيلة دموية وآلام قطنية وقد تكون البيلة الدموية عرض هذا المرض الوحيد • وللبيلة الدموية هذه صفات خاصة فلا يؤثر فيهـا التعب او الراحة، غزارتها مختلفة ومدتها ايضاً فقد تستمر بيلة الدم اياماً او اسابيـع او أشهراً وقد ذكر غيون حادثة بيلة دموية استمرت سنة كاملة

اما الألم فيسبق البيلة الدموية او يعقبها او يصاحبها يستقر في الناحيـة القطنية وينتشر لأمكـنة مختلفة وقد يحدثه القرع او الجس وقـد لا يكون له اثر او يبدو كـثقل ليس غير

فحص الكليتين الوظيفي : لا يظهر هذا الفحص فرقاً هاماً في وظيفة العضوين فمرتبة آمبار طبيعية واختبار الفنول فتلائين طبيعي ايضاً •

وللبيلة الدموية في هذا النوع صفة هامة وهي انها تأتي دفعة واحدة فتلون البول بلون متجانس ولا تشترك بتكوين علقات دموية • وهذه الصفة هي من اهم الصفات التي تساعد على معرفة نوع التهاب الكـلية • ويعتقد مريون ان الخثر الدمويـة في البول دليل على ان الافة ليست من النوع الذي نحن في صدده اما التفسرة فلا تختلف عما هي عليه في الحالة الطبيعية الا قليلاً فلا تتجاوز كمية الآحين ٠،٢٠ — ٠،٥٠ في اليوم وسببها وجود الدم لذلك يلاحظ في الغالب ان كمية الاحين متناسبة مع غزارة الدم اما مقدار البول فهو كما فـي الحال الطبيعي بين ١٥٠٠ ــ ٢٠٠٠ في اليوم وقد يرى فيه حين فحصه فحصاً مجهريا بعض بلورات الحماضاة او البولاة و بعض اسطوانات زجاجية او دموية

وتكشف فيه احياناً كريات بيضاء وبعض خلايا بشرية وجراثيم بسيطة سلبية التفاعل في غرام

الإمراض وسبب البيلة الدموية

هل البيلة الدموية ناجمة من آفة في الكلية أم من سبب آخر ؟

انا نعتقد على الرغم من الاراء المتضادة في ان سبب البيلة الدموية موضعي لان الكلية تبدو مصابة بآفات كافية على الرغم من بساطتها لإحداث النزف فقد شاهدنا في اكثر الكلى التي فحصناها فحصاً نسيجيا ان بعض العروق كانت متصلبة مما يجعلها قليلة المرونة وسهلة التمزق متى داهمها احتقان وان يكن بسيطا . الا ان هذا التعليل وان يكن منطقيا فهو غير كاف اذا لم تعضده مشاهدات نسيجية حقيقية وهذا ما سعينا الى اظهاره ووفقنا لاثباته كما سنأتي على ذلك في البحث الخاص بتشريح هذا المرض المرضي

اما مارش فينسب هذا النزف الكلوي الى سبب عصبي وهو تنبه الاعصاب المحركة للاوعية الشديد وقد نسبها بعضهم الى اضطراب في الضفيرة الشمسية والعصب الودي هذا واننا لا نرى ان الرأي السابق موافق للصواب تماما لانه لو كان الامر كذلك لما وقع النزف من الكلية وحدها . على اننا نعتقد ان لأعصاب الكلية نفسها اثراً في هذا الحادث فقد رأينا ان اغماد الاعصاب الكلوية في الكلى المصابة ببيلة دموية متكثفة

التشخيص : لا يجوز الحكم بان البيلة الدموية ناجمة من التهاب الكلية الذي نحن بصدده الا بعد نفي الامراض الدموية المحدثة للنزف او الالتهابات الكلوية العادية او غير ذلك من الامراض العصبية او الباطنة المحدثة للنزف .. الخ

يعرف منشأ البيلة الدموية بالفحص بمرآة المثانة وقثترة الحالب واذا كان اجراء الطرق الاستقصائية المذكورة غير ممكن وجب خزع المثانة وقثترة الحالب او خزع الكلية المشتبه بها والاستقصاء فيها

ويجب الالتجاء في كل حال الى العلامة التي بينا اهميتها وهي خلو البول من الخثر الدموية في البيلةالدموية الناجمة من التهاب الكلية المذكور خلافا للبيلة الدموية في سرطان الكلية او غيرها من الامراض ٠

ومما يساعد على التشخيص هو استمرار عمل الكلية الوظيفي وعدم اضطرابها الا قليلا وجودة الحاله العامة

الاستفقاع (phlycténothérapie)

اسائل الفقاعات المحدثة بالحراريق (vésicatoires) فوائد جمة اثبتها ب٠لاسابلير (P.Lassablière) :

١ً — ينشط فعل البلعمة و يزيد عدد الكريات البيضاء ٠

٢ً — فيه خواص تهب المناعة

٣ً — لا تنجم منه حوادث الصدمة ولا التنواء

استعمل في سل الرئة فزالت الاضطرابات بنسبة ٥٠في المائة وفي الزهري فعاد تفاعل واسرمان سلبياً بنسبة ٣٣ في المائة

ولما كانت هذه الطرق الدوائية بعيدة عن الخطر فهي جديرة بالاختبار كيف لا والسريريات قد اثبتت فائدتها

ش ٠ م ٠ ش

تضيقات الاثني عشري المزمنة الناقصة

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ابحث اليوم في موضوع لم يعرف امره معرفة جلية غير ان اعمال دوفال وتلامذته في فرنسة قد اوصلت هذا البحث الى نقطة تمكن من اتبع تعاليمهم من الوقوف عليه ومن تشخيصه ٠

من المرضى من يعدون كمصابين بسوء الهضم او بالرمال الصفراوية او بالتهابات الاثني عشري ولا تنجع فيهم المعالجات الدوائية وما هم الا مرضى يتألمون من المفرق تحت الكبد دون ان يتمكن الطبيب من اقرار آفتهم في احدى الاحشاء التي تتصالب في ذلك المفرق لغموض العلامات السريرية ٠ تتصف آفتهم الناجمة من سبب آلي او افرازي بألم وانتفاخ ما فوق السرة بعد الاكل وبغثيان واقياء صفراوية وتشوشات معوية كالاسهال الطعامي (prandiale) او القبض الذي يتناوب مع الاسهال ٠

وقد تكون الحالة العامة حسنة غير انها في الغالب منحطة لان وزن المريض يهبط هبوطًا تدريجيًا ولان الشقيقة ووهن القوى يضعفان المريض وربما اعترى بعض المرضى انحطاط عصبي فقادهم حتى الاختلالات العقلية ٠ ولا تبدو اقل علامة بالمعاينة المباشرة ولا بمعاينة عصارة المعدة والغائط والبول ٠

وكذلك القول في المعاينة الشعاعية التي لا تبدي اقل آفة في الجدار ولا سرطانا ولا قرحة : فان ردب البواب يبدو طبيعيا غيران بصلة الاثني عشري قد خسرت انتظامها فهي مشوهة وقد تبدل مقرها . فهي ترى امام المعدة او خلفها مع انها في الحالة الطبيعية لا تظهر مطلقا في المعاينة الجانبية . وقد تنطبع المرارة على الصفيحة الحساسة . وربما تشوشت القطعتان الثانية والثالثة ايضا فكانتا ضيقتين او مشوهتين او ممددتين . ويصعب تمييز قطع الاثني عشري الاربع الطبيعية . واذا اخذت رسوم متسلسلة لا يبدو المنظر واحداً خلافا لما هو عليه في القرحة بل يتغير في الشخص نفسه بتغير وظيفة الاثني عشري . والجدار سليم غير انه يقاوم عائقا ويجد في التغلب عليه ويرى على الدرئية هذا المشهد الذي يدفع به الاثني عشري بشدة محتواه الى الصائم فاذا بالعائق يصده عن المرور واذا بالمحتوى يعود نحو البواب فيعود الاثني عشري الى دفعه بشدة حتى يأتي الزمن الذي به يتغلب الاثني عشري على العائق فيجتاز المحتوى هذا المكان الضيق . ومقر هذا الضيق يكون تارة في الاثني عشري على قطعة ما فوق رباط الكولون وطوراً على القطعة ما تحت هذا الرباط وآونة على القطعتين معا . وهذا الضيق ناقص تعينه المعاينة الشعاعية اكثر من المعاينة السريرية وهو ناجم من لجام او وعاء . وسبب هذه اللجم التهاب ما حول الاثني عشري (périduodénite) الذي تتنوع اعراضه بتنوع مقر الضيق ولا بد في وصف هذه الافة من الكلام عن قطعة ما فوق الرباط الكولون وعن القطعة الواقعة تحته كل على حدة . ولكن ما عسانا نرى في اثناء العملية ؟

<u>فوق رباط الكولون</u> : ربما بدت التصاقات متنوعة شبيهة بالشراع ممتدة

من المرارة او الكبد او الكولون او رباط الكولون الى القطعة الثانيـة من الاثني عشري . وكثيراً ما يكون الرباط المراري الاثني عشري او المراري الاثني عشري الكولوني مشدوداً فيولد زاوية شديدة بين القطعتين الاولى والثانية من الاثني عشري او يلجم القطعة الثانية فيشوهها ويضيقها فهذه اللجم هي لجم حقيقية مضيقة ضاربة الى الابيضاض مشدودة كأنها اوتار الكمنجة شبيهة باللجم التي نرى كثيراً منها في الانسدادات المعوية المستقرة في الناحية الدقاقية الاعورية مع التهابات الماساريقا الشاذة المنتشرة .

وتكون هذه الالتهابات حول الاثني عشري التهابية او ولادية وربما اجتمع السببان في احداثها .

التهابية : تنجم من اصابة الاحشاء المجاورة بآفات عارضة : التهابات الكولون ، التهابات المرارة ، التهابات ما حول الاثني عشري التي ترافق الرمل الصفراوي في الغالب وتعلل استمرار التشوشات بعد استئصال المرارة او تصحب التهابات الاحشاء البعيدة كالتهابات الزائدة وسواها .

تنصب مجاري الزائدة البلغمية في العقد الماساريقية السفلى والوسطى والعليا ثم تسير منها اوعية اخرى فتنصب في العقد الواقعة بين قطعتي الاثني عشري الثانية والثالثة ومنها ما ينصب في العقد المرارية والمعثكلية (البنكرياسية) كأنها شبكة تستحيل لجماً او التصاقات متى التهبت . فهذا يعلل لنا شفاء بعض الذاهبين الى الاستشفاء في مياه فيشي بقطع الزائدة .

ولادية او اساسية : قد تكون حين الولادة فتوقع في الخطإ ويظن ان هناك ضيق البواب الضخامي لان اعراضهما واحدة غير ان الولد متى كان

مصاباً بضيق البواب الضخامي تأخر ظهور قيئه اكثر مما لو كان مصاباً بالتهاب ما حول الاثني عشري · فالاقياء التي تظهر حين الولادة يجب ان تنسب والحالة هذه الى التهاب ما حول الاثني عشري ·

وربما ظل التهاب ما حول الاثني عشري الولادي سنوات عديدة مستتراً دون ان يظهر بتشوشات واضحة ولكن اذا طرأت آفة عارضة او تفاعل التهابي موقت او وهنت عضلة المعدة اشتد الضيق فظهر بعد ان كان مستتراً · ويميز دوفال ثلاثة اوقات لهذه التظاهرات : يوم الولادة ، بعد الولادة بست او سبع سنوات ، بعدها بزمن مديد اي في زمن الكهولة · والعلامات فيها واحدة اذا استثنينا الزمن الذي تبدو به الافة · يظهر الألم في الناحية الشرسوفية بعد الاكل بساعتين او ثلاث ساعات ويستمر ما زال الاثني عشري لم يفرغ محتواه · ثم يزول ويتمكن المريض من مزاولة اشغاله غير ان الألم يعود الى الظهور بعد طعام المساء وكثيراً ما ينتهي بالقيء ليلاً ·

تحت رباط الكولون : التضيقات الواقعة تحت رباط الكولون والمستقرة في قطعتي الاثني عشري الثالثة والرابعة على ثلاثة انواع : التصاقات التهابية ، التصاقات ولادية ، تضيق ماسار يقي وقد تجتمع كلها معاً ·

فاذا كانت التهابية او ولادية ظهرت كما يظهر التهاب ما حول البصلة فهي حجب او لجم يستحيل وصفها · غير ان مشاهدة نموذجين معروفين جيداً منها مستطاعة كل الاستطاعة : أ - غشاء مايو (Mayo) الذي بعد ان يسير من رباط الكولون يأتي ويصالب الزاوية الاثني عشرية الصائمية · ب - لجم تسير من الكولون الصاعد والخلب الجداري الخلفي وتصعد على قطعة الاثني عشري

الثانية وتضيقها في عدة نقاط [1]

وقد تشاهد ايضاً انواع مشتركة : التهابات العقد البلغمية والتهابات ما حول الاثني عشري

ويظهر ان الاعراض في النوع الواقع فوق رباط الكولون اخف مما هي عليه في النوع الواقع تحته ، فالألم اقل ويشعر به في يسار السرة اكثر من الناحية الشرسوفية والاقياء صفراوية غير ان التشوشات العامة الناجمة من التسمم اشد والانزعاج والانتفاخ بعد الطعام لا يتبدلان بتغيير وضعة المريض كما سنرى في الشكل الماساريقي ·

ينجم الضيق المزمن في القطعة الثالثة من الاثني عشري بذنب الماساريقا من انضغاط هذه القطعة الاثني عشرية على السطح العميق الوعائي الفقري فان القطعة الثالثة تمر في فرجار مؤلف في الوراء من الوتين (aorte) الملاصق للفقار وفي الامام من الماساريقي العلوي · ولا يظهر على الاثني عشري في الغالب سوى اثر طفيف لمزور هذا الوعاء فاذا انطبق هذا الفرجار الوعائي دخل الشريان الماساريقي الى الباطن فنجم من ذلك توسع في قطعة الاثني عشري الواقعة فوق الفرجار وقد يصل التوسع حتى المعدة · فهذا ما يحدث في الانضغاط الحاد المسمى بتوسع المعدة الحاد التالي للعمليات · ويعلل بقصر الماساريقا التي يشدها ثقل العرى المعوية الدقيقة · وربما سبب شريان آخر هذا الضغط نعني به شعبة الشريان الماساريقي الاولى او الشريان الكولوني العلوي الأيمن

---

(١) دروس طبية وشعاعية وجراحية عن الاثني عشري لبطرس دوفال وزو وبكلار (ماسون سنة ١٩٢٤)

الذي يمرُّ في الحالة الطبيعية افقياً امام قطعة الاثني عشري الثانية فاذا هبطت زاوية الكولون كثيراً رافقتها قطعة الاثني عشري وعادت مائلة الى الاسفل والامام وقد تكون محاذية لجذع الشريان الماساريقي وتؤلف شعبة الفرجار الامامية الضاغط كما ألفها هو بدوره ·

ومتى تم انضغاط قطعة الاثني عشري الثالثة حدث توسع كبير في الاثني عشري الواقع فوق الانضغاط مرئي فوق رباط الكولون المعترض · فاذا رفع الكولون المعترض بدا توسع كبير ولا سيما عند الزاوية الكائنة بين القطعتين الثانية والثالثة ممتد حتى المارساريقا نفسها ثم ينقطع هذا التوسع فجأة في يسار الماساريقا فيعود الاثني عشري الى قطره الطبيعي · فاذا رفع حينئذٍ الذنب الماساريقي بالاصبع انفرغ محتوى الاثني عشري في الصائم ·

ان هذا العرض واضح في هذه الحالة كل الوضوح حتى ان التشخيص ممكن بدون معاينة : ١ً — يمر الطعام في الغالب جيداً ولا يقيء المريض الاغذية التي يتناولها بل يقيء في الليل قيئاً صفراوياً غزيراً · ٢ً — ان المرضى الذين يكون انضغاطهم ناجماً من الشريان الماساريقي يخف ألمهم متى دبوا على اطرافهم الاربعة او ناموا على بطونهم او سجدوا · فهذه الوضعة هي المعالجة الوحيدة التي تكافح بها النوبة · لان العرى المعوية تقع خاضعة لقانون الجاذبية · فينفرج الفرجار الشرياني ويزول الضغط ويزول بزواله الألم والقيء ·

فزوال هذه العلامات باتخاذ هذه الوضعة كاف للتشخيص ولتمييز هذا النوع من الانضغاط عن الاشكال الناجمة من التهابات ما حول الاثني عشري التي لا تزول اعراضها بتبدل الوضعة ·

وقد يحدث اسهال غزير عوضاً عن القيء متى كان العائق مشدوداً فتمر الصفراء وتسبب الاسهال مباشرة ·

ولا بد من القول بان ركود المواد الغذائية في الاثني عشري يسبب بعض التسمم فيشكو المرضى اضغاث احلام وآلام رأس وشقيقات مزعجة ·

فهذا التسمم ينجم من ركود المواد الغذائية في الاثني عشري: فان المواد لا تستغرق في الحالة الطبيعية الا بضع ثوان لكي تجتاز الاثني عشري واما متى ظهر الضيق اصطدم محتوى الاثني عشري به فتمدد هذا المعى وارتسم على الدريئة ارتساماً يبعد وقوعه في الحالة الطبيعية · وهذا ما يدعو الى نقص وزن المريض وتضعضع قواه نقصاً تدريجياً وكذلك القول في نشاط الجسد وقوة العقل فانهما يضعفان ضعفاً تدريجيـاً ولا يلبث المريض ان يصاب بالخور (neurasthénie) و يبلغ منه درجة مزعجة وكلما كان مقر العائق منخفضاً كانت حالة المريض اسوأ ·

وقد بين الاختبار هذا التسمم المزمن او الحاد الناجم من الاثني عشري فان محتوى الاثني عشري هو الذي يسمم الحيوان المختبر به غير ان اسباب التسمم لا تزال غامضة · فمنهم من يقول ان المواد السامة يفرزها الاثني عشري بشكل هيولوزات (protéoses) سامة وان الانسداد يسهل امتصاصها او يقلل خاصة اتقاء الغشاء المخاطي لها ·

ومنهم من يقول ان التسمم ناجم من فساد السوائل المنحبسة في الاثني عشري بجراثيم محللة للهيولينيات(protéolytiques)ولربما اشترك السببان في الامر ·

ومهما تكن الحالة فان بضع هولاء المرضى واجب فان بعض هذه التشوشات

يزول بعد العملية ولا سيما الشقيقة والاشتهاء يعود والهضم ينتظم وبعبارة اخرى نرى هولاء المرضى كأنهم بعثوا من الموت ·

ولكن بماذا تقوم هذه العملية ؟ ·

متى وقع التهاب ما حول الاثني عشري فوق رباط الكولون كان في معالجته نوعان من العمليات ·

فاذا كانت اللجم الولادية حين الولادة او في الكهولة سبب الضيق فكَّت هذه الالتصاقات او قطعت وقد يكفي هذا · ويظهر الجدار بعد هذا التحرير ليناً غير مرتشح ويستعيد الاثني عشري شكله وقطره العادي غير ان الواجب يقضي بستر المناطق المعراة من الخلب بطعم ثربي حر منعاً لهذه الالتصاقات عن العودة ·

ومتى كان التهاب ما حول الاثني عشري التهابي المنشإ وجبت مفاغرة الاثني عشري بالاثني عشري (duodéno-duodénostomie)

ومتى وقع التهاب ما حول الاثني عشري تحت رباط الكولون كان لا بد من مفاغرة الاثني عشري بالصائم مهما كان جوهر ذلك الالتهاب لانها العملية الفضلى التي تجنى منها الفوائد الحسنة وهي تقوم بمفاغرة العروة الاولى من الصائم بالعروة الثالثة او الثانية من الاثني عشري اما مفاغرة المعدة بالامعاء التي اجراها بعضهم فلا تفرغ الاثني عشري ·

ويجب ان يكون مقر هذه المفاغرة الاثني عشرية الصائمية تحت رباط الكولون فوق الماساريقي السفلي او فوق الرباط او خلاله · وقد تقضي الحالة في بعض الاحيان بمفاغرة الصائم بالصائم الاكمالية لكي يسهل سير المواد الغذائية ·

وقد لاحظ بعض الاميركيين ان ركود الاثني عشري يؤدي متى طال العهد عليه الى احداث قروح بسيطة في انحناء المعدة الصغير وفي بصلة الاثني عشري · فيجب والحالة هذه متى فتح البطن لمعالجة قرحة المعدة ان يعاين دائماً الاثني عشري وينظر ما اذا لم يكن ضيقاً فيعالج الضيق بازالة سببه · وتسهيلاً لافراغ المعدة والاثني عشري في آنٍ واحد يجب ان تفاغر المعـدة بالامعاء لا ان يكتفى بمفاغرة الاثني عشري بالصائم فقط وان يبتـدأ بالعملية الاولى ولربما قضت الضرورة ايضاً بمفاغرة الصائم بالصائم اتماماً للنتيجة ·

واذا جعلت هذه المفاغرات المتعددة عروة الصائم تتعرج تعرجات مزعجة لسير المواد الغذائية جاز اهمال المفاغرة الجانبية الجانبيـة والالتجاء الى مفاغرة غرغوار بشكل حرف y الفرنسي (١)

هذه هي المعلومات الحديثة التي وصلت اليها جراحة الاثني عشري ·



(١) مجلة الجراحة الجزء الخامس (ايار ١٩٢٢ صفحة ٤٤٩) ·

الجراحة في سياق السنة ١٩٣٧

« ٣ »

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

الاوعية

أ — ربط الوتين البطني : اعلن ماتاس مشاهدة من هذا النوع كان نجاحه فيها باهراً لان مريضته بقيت حية ١٨ شهراً بعد العملية الى ان طرأ عليها مرض فأماتها . وقد فتحت جثتها فظهر انها كانت مصابة بام دم الوتين البطني

وربط ماتاس الوتين فوق ام الدم ربطتين احداهما فوق الاخرى بشريط قطن فلم ينقطع الدم انقطاعاً تاماً لان مرونة الشريطة سمحت لبعض الدم بالمرور وقد ثبت ذلك بعودة النفخة ونبضان الشريان الفخذي الى الظهور

اما كيس الدم فقد تناقص تناقصاً تدريجياً ولم تظهر اضطرابات دورانية واضحة غير ان المريضة أُصيبت بعراقيل عديدة (ذات الرئة ، بيلة آحينية) أخرت الشفاء .

وقد ظهر من فتح الجثة ان كيس ام الدم كاد يشفى وانه كان عدا صغر حجمه مملوءاً بخثر كثيفة ملتصقة وان شرايين الطرفين السفليين كانت جميعها مفتوحة ما عدا الحرقفي الاصلي الايمن الذي كان قد سدّ في كيس ام الدم .

ان هذه النتيجة الباهرة تستحق ان تدون لان الحياة الطويلة بعد ربط

الوتين نادرة فقد روى مونتارد احصاءً كان عدد مشاهداته التي ربط بها الوتين ٧ منها ٤٠ بطنية و٣ صدرية ٠

فمات مريض منهم بعد العملية باثنتي عشرة ساعة لان الشريطة المعدنية جرحت الشريان فطرأ نزف صاعق وموت ٠ وتراوحت الحياة في الستة الاخرين بين ٤٠ يوماً و ١٣٤ يوماً ٠ وقد اعلن بعضهم حادثتين أُخريين قطع بهما جدار الشريان دون ان يطرأ نزف صاعق وكان الوتين المربوط الوتين الصدري ٠

ب — استئصال الكظر في معالجة بعض التهابات الشرايين الطفلية : ان التهابات الشرايين المسماة الطفلية (juvéniles) والتي تصادف بين ٢٠ و ٣٥ من العمر ولا تصيب سوى يهود روسية مرض نجهل عنه كل شيء اذا استثنينا مشهده السريري (اختلالات الحس «paresthésie» العرج المتقطع ، تشوشات غذائية في القدم) اما معالجته فلا تؤدي الى نتيجة حسنة حتى ان البتر لا يقي المريض من النكس ولا من غنغرينا الجذمور (moignon) ولا يفيد قطع الياف الودي (sympathectomie) حول الشريان اقل فائدة لان الشريان مسدود ٠ وكذلك القول في استئصال قطعة الشريان المسدودة فانها لا تفيد شيئاً ٠ فبعد ان جرب لاريش جميع هذه الوسائط ولم تسفر عن نتيجة عاد الى استئصال الكظر الايسر بعد ان وصف طرز اجرائه وصفاً حسناً ٠ وعمل لاريش يستند الى فرضية فون اوبل وهي ان بعض الغنغرينات المسببة من التهاب الشريان في الطرف السفلي تنجم من تشنج شرياني مستمر سببه ازدياد الكظرين (الادرنالين) في الدم وازدياد الكظرين الدموي نفسه ينجم من ازدياد نشاط غدتي الكظرين ٠ وقد نجح لاريش في خمسة من مرضاه فشفي ثلاثة

منهم ان لم يكن شفاء تشريحياً لان اعادة الشريان الى الانفتاح بعد انسداده امر مستحيل فشفاء خلقياً (فسيولوجياً) لان الالام زالت والقروح ندبت والعامل المختر وقف

ج — معالجة الدوالي وعراقيلها الجراحية : عادت معالجة الدوالي بالمحاليل المصلبة الى الظهور بفضل سيكار وتلامذته بعد ان احتجبت زمناً طويلاً وقد استقبل الجراحون العديدون هذه الطريقة استقبالا حسنا بعد ان اتقن طرز اجرائها وانتخب السائل المحقون به وروعيت مضادات الاستطباب فتقلص ظل العوارض التي كانت غيمة سوداء في افق هذه الطريقة وقد انقسم الجراحون قسمين ازاءها فمنهم من رغب في عدها المعالجة الوحيدة ومنهم من وقف حائلاً دون هذه الرغبة مع ان الحكمة تقضي بمراعاة الاعتدال لان خير الامور الوسط . ولان طريقة سيكار لا يجب ان تنسينا النتائج الباهرة التي جنيناها من معالجة الدوالي الجراحية التي لا يشوبها اثر امن الخطر .

وقد نهى سيكار نفسه عن الافراط في استعمال طريقته وتحفظ في وضعها . ثم نشر اوار وجان وسولكار مقالة ممتعة ضافية فحصوا هذه الطريقة ونقدوها نقداً نزيهاً مبينين حسناتها وسيئاتها واشاروا بفحص المريض فحصاً كاملاً ودقيقاً لمعرفة النوع التشريحي السريري المصاب به وقد توصلوا الى الاستنتاجات الآتية :

١ — تستدعي الدوالي الناجمة من هجوم الدم العميق حقن الرزم الصغيرة المنفردة بالمحاليل المصلبة ، واستئصال الرزم الكبيرة التي تبدلت نسجها استئصالا تاما .

٢ - الدوالي الناجمة من هجوم الدم السطحي تستدعي سدّ الملتقى النهائي للصافن الانسي بقطع القوس وربط شعب الوريد . قطع الصافن الفخذي طبقات متى كان التوسع كبيراً وكذلك القول في دوالي الساق .

٣ — عودة الدم المشتركة تستدعي معالجة جراحية باستئصال الصافن استئصالا كاملا · وقد اجرينا هذه العملية في مستشفانا العام وفي حالات كهذه فكانت النتيجة حسنة للغاية ·

الجهاز العصبي

أ — اوارم الدماغ : معالجة اورام الدماغ الجراحية رائجة في ايامنا الحاضرة · وما من ينكر التقدم السريع الذي بلغه تشخيص هذه الاورام الدقيق ومعرفة مركزها بفضل رسم البطينات والحقن الملونة ويعود الفضل الى ددمرتل الذي وصف وصفا مسهبا الطريقة الجراحية دون ان يهمل منها شيئا فقد نبه الى التخدير الموضعي وقطع النزف قطعا كاملا والى آلات المحركة بالكهرباء اختصاراً للوقت اللازم في فتح القحف والى تخفيف الضغط قبل شق الام الجافية والى اللطف الذي يجب ان يتصف بـه الجراح في عمله على الدماغ والى تحرير الورم ببطوء وغير ذلك ويعد بران التخدير الموضعي وقطع النزف من العوامل الاساسية في النجاح · ويقول بارسي سرجن ان المعالجة الجراحية هي الطريقة الفضلى على الرغم مما في المعالجة الاشعاعية من النجاح ·

وقد نشر دندي مقالة ضافية ذكر فيها ان قطع اقسام كبيرة من الدماغ في المناطق الصامتة ممكن دون الحاق اي ضرر بالشخص توصلا الى مكان الورم · وقد اورد مشاهدة قطع فيها القسم الاكبر من الفص الجبهي وفتح القرن الامامي للبطين الجانبي توصلا الى ورم كان مستنداً الى الصفيحة الغربالية والجناحين الصغيرين من العظم الوتدي · وذكر انه لم يعقب العملية اقل تشوش حركي او حسي وانه رأى المريض بعد سنة فكانت صحته حسنة

ب — معالجة الصرع الجكسوني : يقول لاريش مستنداً الى ٣٠ حادثة اتبعها سنوات عديدة ان دور الندبة الدماغية مهما كانت صغيرة اكبر جداً من آفات العظم والسحايا وان هذه الندبة غنية جداً باللحمة العصبية (névroglie) وانها لا تكفي وحدها لاحداث النوبة وانها تتأثر بتغيرات الدوران الدماغي تغيراً فجائياً وهو مناسب لاختلال موازنة السائل الدماغي الشوكي ٠

ويستنتج لاريش ان قطع الندبة وهو صعب في الغالب ليس بالامر الواجب في جميع الحالات وان الامر المهم انما هو المحافظة على موازنة السائل الدماغي الشوكي بحقن الوريد بالماء المقطر او بحقنه بمحاليل متزايدة التوتر (hypertonique) والنتائج باهرة كما يظهر حتى ان لاريش يدعو الجراحين الى اتباع هذه الخطة ومتابعة هذا البحث عوضاً عن السير في طريق استئصال الندبة لان الاستئصال لا يقي المريض من النكس

ج — معالجة خناق الصدر الجراحية : منذ بضع سنوات بدأ لاريش وفونتان بهذه المعالجة التي تقوم بقطع السلسلة العنقية حذاء القطب العلوي للعقدة النجمية وقطع العصب الفقري والاغصان الثلاثة الاشتراكية الخارجة من الحافة الوحشية للعقدة ٠ ويدل احصاء فونتان المشتمل على ٧٤ مريضاً اجريت لهم هذه العملية وظلوا تحت الرقابة ان ٤٢ منهم حصلوا على الشفاء التام و١٩ تحسنوا او زالت عنهم الاعراض زوالاً موقتاً و ٥ لم يفلحوا و٨ ماتوا في اثناء العملية فتكون النتيجة ان النجاح يتجاوز خمسين بالمائة ٠

وقد نقد مونو الطرق الجراحية المختلفة المستعملة في معالجة خناق الصدر انتقاداً دقيقاً واستنتج في النهاية ان عملية لاريش هي الفضلى مع اقراره بان

نتائجها ليست حسنة دائماً وان الحالة قد تشتد بسبب العملية الجراحية نفسها الامر الذي يدعونا الى التحفظ في اجرائها . فالمعالجة الجراحية والحالة هذه تعد المعالجة الاستثنائية غير انه يجب علينا على الرغم من خيبتها ومن الانتقادات التي وجهت اليها ان نثابر على درسها لان اموراً ثلاثة تدعونا الى الالتجاء اليها :

١ً — خيبة المعالجة الدوائية في بعض الحالات المستعصية والمؤلمة .

٢ً — سلامة عملية لاريش التي حلت محل عملية جونسكو القاضية باستئصال العقد والتي لا يخلو استئصالها من الاضرار بالقلب .

٣ً — النتائج المشجعة الثابتة المجتناة من هذه العمليات في بعض الحوادث .

د — معالجة البهر الجراحية : لم تأت معالجة البهر الجراحية بما اتت به معالجة خناق الصدر من الفوائد . ومع هذا فان دانيالو بولو يشير بعد ان درس امراض البهر درساً دقيقاً بقطع الطريق الحسي وينتخب العملية التي اشار بها في معالجة الخناق وهي قطع العصب الودي العنقي واحترام العقدة السفلى وقطع جميع الالياف المتفرعة من العصبين التائه والحنجري العلوي والمتجهة الى الصدر وقطع العصب الفقاري وجميع الفروع التي تصل العقدتين العنقية السفلى والظهرية الاولى بالازواج العنقية السادسة والسابعة والثامنة والزوج الظهري الاول .

وقد نجح لاريش وفونتان مرتين باستئصال العقدة النجمية اليسرى في بعض النوب المستعصية . واما كرن فانه جنى تحسناً محسوساً بقطع الرئوي المعدي الايسر وهي عملية يستنكرها دانيالو بولو .

والحقيقة هي ان معالجة البهر الجراحية لا تزال مبهمة فعلى الجراحين ان يثابروا على درسها .

الآلات الاكثر استعمالاً في امراض جهاز البول

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ربما قضت الضرورة على كل طبيب ممارس وان لم يكن اختصاصياً في امراض جهاز البول بفحص مريض مصاب بأحد هذه الامراض فيترتب عليه ان يكون في محل معاينته من الادوات والالات ما يمكنه من اجراء هذه المعاينة وان يكون واقفاً على بعض المعلومات ليفحص مريضه فحصاً حسناً ويشخص مرضه ويعالجه المعالجة الموافقة او يبعث به الى الاختصاصي متى رأى نفسه عاجزاً عن ذلك . وسأتكلم في هذا البحث عن الآلات الاكثر استعمالاً التي لا غنى للطبيب عنها

فالاداة الاولى التي لا مندوحة للطبيب عنها هي منضدة المعاينة وهي اداة غالية الثمن متى كانت مصنوعة في معامل الآلات الجراحية غير ان الطبيب الذي لا تمكنه حالته المالية من اقتناء منضدة كهذه يكتفي بصنع منضدة من الخشب ظهرها متحرك يعلو وينخفض مطلية بطلاء ابيض صقيل مثقوبة عند منتصفها ثقبا كبيراً في اسفله مركن تنصب فيه السوائل المستعملة ثم تذهب منه الى دلو ويجب ان يكون علو هذه المنضدة وعرضها مشابهين لعلو المنضدة الخاصة بامراض جهاز البول وعرضها . لان الطبيب لا يستطيع ان يفحص

مريضه فحصا دقيقا الا متى انامه على سطح قاس مرتفع ارتفاعا مناسبا فعلى كل طبيب ممارس ان تكون في غرفة معاينة منضدة شبيهة بهذه المنضدة وان يتقنها حسب ذوقه وحاجته ٠

والاداة الثانية هي المغسلة التي يحتاج اليها ايضا كل جراح وطبيب و يتمكن بها من غسل يديه دون ان يمس صنبورها بيده

والاداة الثالثة هي بضعة اقداح اختبار ذات قدم او اقداح غيون لان لفحص البول الشأن الكبير في امراض جهاز البول فعلى الطبيب متى كان مريضه قادراً على البول ان يبوّله في اقداح ثلاثة و يجري هذا الاختبار وعلى الطبيب ألاّ يكتفي بثلاثة اقداح بل عليه ان يقتني بضعة اقداح اخرى ليعيض عن الاقداح التي تنكسر في الحال غير منتظر الوقت المناسب لمشترى سواها ٠

والاداة الرابعة قدح مدرج وهو مفيد لقياس ما في المثانة من الثمالة ٠

والاداة الخامسة هي بضعة اقداح اختبار

والاداة السادسة هي قمع زجاج

والاداة السابعة هي ورق للتصفية و بعض كواشف: كحامض الخل وحامض الازوت ومحلول فهلنغ

والاداة الثامنة هي قنديل كحول

هذه هي الادوات التي تمكن الطبيب من معاينـــة المريض وفحص بوله واستنتاج النتائج التي لا بد له منها في تشخيص المرض ٠

ولا بد للطبيب من اقتناء : أ — علبة معدنية فيها تطائل (tampons) من القطن معقمة في تنور او في محم احد المخابر او المستشفيات لتنظيف صماخ البول بالماء

المعقم او بمحلول مطهر ٠

ب — زراقة (bock) سهلة التعقيم وانبوب مطاط ودائرة (disque) مطاطة واقية وعدد عديد من قنيات جانه (لان هذه القنيات سريعة العطب) لغسل الاحليل — او اذا شاء الطبيب كان له ان يستعيض عن هذا كله بمحقنة مثانية لانها تفي الوظيفة نفسها ٠ ومحقنة جنتيل التي تسع ١٠٠ سم[٣] افضل المحاقن جميعها لانها سهلة الاستعمال والتعقيم ٠

ولا بد للطبيب من مستقصيات (explorateurs)

١ — مستقصيات لينة صمغية ذات طرف زيتوني وهي قضبان دقيقة منتهية بكرة زيتونية وظيفتها العلوق بالموانع التي تظهر في الاحليل او الشعور بالحصاة في المثانة و يكفي الطبيب الممارس ان يكون عنده منها بعض مستقصيات اي رقم من كل ثلاثة ارقام مثال ذلك رقم ٩ و ١٢ و ١٥ و ١٨ و ٢١ و ٢٤ ٠

وتناسب هذه الارقام اقطار المستقطر (filière) وهو صفيحة معدنية مثقوبة ثقوبا مستعملة لقياس اقطار المستقصيات اللينة الصمغية والمطاطة في ثقوبها دون ان تحتك بها احتكاكا شديداً ٠ وقد صنعت ثقوب هذا المستقطر على معادل ثلث الملمتر فمعرفة قطر المستقصي تستدعي اذن قسمة رقمها على ثلاثة مثال ذلك ٠

الرقم	١	يعادل	قطره	ثلث الملمتر
الرقم	١٢	″	″	اربعة ملمترات
الرقم	٢٤	″	″	ثمانية ملمترات

وعلى هذا فقس ٠

٢ — مستقصيات معدنية وهي آلات معدة لمعرفة حصى المثانة والشعور

بها طرفها الاول مزوّى وطرفها الثاني منفوخ ينوب مناب المرنان (résonnateur) الذي يجسم صوت اصطدام الحصاة بالمستقصي · وهي مدرجة من ١ — ٤ فعلى الطبيب ان يختار المستقصي (١) للاطفال والمستقصيين ٢و٣) للكهول والمستقصي (٤) للمصابين بالتهاب الموثة · وزاوية هـذا المستقصي الاخير اكبر من زوايا المستقصيات الاخرى تمكن الطبيب من الشعور بالحصى الواقعة في قعر المثانة خلف الموثة (البروستاة) اكثر من المستقصيات الاخرى ·

ولا بدّ له ايضاً من مسابر (sondes) :

١ً — مسابر مطاطة او مسابر نالاتون وهي سهلة التعقيم والاستعمال يتمكن المريض نفسه او من يلازمه من استعمالها بدون خطر غير انها تفقد قوامها وتعود خشنة متفتتة بعد مدة قصيرة وقد تكسر في اثناء القثطرة وتبقى في المثانة وليس في طرفها سوى ثقب واحد وقطرها الداخلي دقيق يحتملها المريض الذي يحتاج الى مسبار ثابت متى كان احليله حساساً اكثر من سواها نظراً الى مرونتها واذا استثنينا هذه الحالة رأينا ان الاختصاصيين بامراض البول لا يستعملونها · والارقام الاكثر استعمالاً منها هي ٨ و١٢ و١٦

٢ً — مسابر صمغية : تستعمل في المصابين بضيق الاحليل او ضخامة الموثة · وهي انواع :

أ — مسابر طرفها زيتوني ·الارقام المستعملة منها هي٨و١٢و١٦ للمتضيقين او المصابين بالتشنج ·

ب — المسابر المعكزة (sondes béquilles) ارقامها ٨ ، ١٢ ، ١٦ ، ٢٠ للمصابين بضخامة الموثة ولا بد من الانتباه الشديد في استعمال هذه الآلات

الصلبة بعض الصلابة لانها لا تحتمل التعقيم بالغليان · ولهذه المسابر ثقبان في طرفها وقطرها الداخلي اوسع ويسهل بها افراغ المثانة ·

٣ً — مسابر معدنية : خطرة لم تعد مستعملة غير ان الطبيب المارس يحتاج الى ان يكون بين آلاته المسبار الغليظ المعدني المستعمل في تفتيت الحصاة لسحب الكسارات لان هذا المسبار يفيد متى ربطت المحقنة بطرفه لاستخراج الخثر الدموية المجتمعة في المثانة ·

الشمعات (les bougies) تستعمل في توسيع الاحليل توسيعاً تدريجياً وهي مصنوعة من الصمغ أو المعدن ·

ويستحسن اقتناء ثلاث شمعات خيطية عادية

ومن الشمعات ما هو زيتوني وارقامه من ٧ — ٢٣ وتبتدىء بعد هذا الرقم الشمعات المعدنية او البانيكية نسبة الى مكتشفها · فعلى الطبيب ان يقتني منها من الرقم ٤٢ — ٥٦ او ٦٠ والمستقطر (filière) المستعمل هنا هو ضعفا مستقطر شريار (filière Charrière) اي ان الرقم ٤٠ من البانيكي يناسب الرقم ٢٠ من الشريار

ولا غنى للطبيب المارس عن :

مدكي (mandrins) غيون احدهما منحنٍ والاخر مزوّى لانهما يفيدان في القثطرة الصعبة ·

خازع الصماخ (méototome) لتوسيع الصماخ متى كان ضيقاً

أما المقطرات (instillateurs) فليست ضرورية لان المحاليل الكثيفة تهمل يوماً بعد يوم وقد تنجم منها عراقيل اذا لم تكن الايدي التي تستعملها قد تمرنت عليها طويلاً

وادخال هذه الآلات المتنوعة يحتاج الى مادة مزلقة (lubréfiant) وفضلى هذه المواد هي الزيت الغومنولي الذي توضع منه في مخبار (éprouvette) طويل طبقة ثخانتها سنتمتر او سنتمتران طافية على محلول حمض كيانوس الزئبق يغمس المسبار في هذا المخبار قبل استعماله فيخرج منه وقد دهن كله بالزيت الطافي على وجه الماء

ويحتاج الطبيب ايضاً ما عدا المحقنة المثانية التي جاء الكلام عنها الى محقنة تقطير وهي محقنة بومن المركبة من جسم مضخة مصنوع من الزجاج ومن اجاصة مطاط يسهل تعقيمها ·

ويحتاج ايضاً الى قديحات زجاج واقداح عين توضع فيها المحاليل التي يراد الحقن بها ·

والى قفافيز مطاط وغلافات اصابع ذات دائرة من طراز لاغو لاس الشرج وعدد من المراكن الزجاجية او المطلية لحفظ السوائل والآلات المطهرة او الملوثة

ويجب ان تعقم جميع هذه الالات تعقيماً حسناً قبل استعمالها وان تنظف تنظيفاً حسناً بعد الاستعمال · وذلك بفرك الآلات المعدنية بشعرية (brosse) وبغسلها بالصابون وبغمسها في الكحول وبتنشيفها جيداً بعد ذلك قبل وضعها في الخزانة ريثما يأتي زمن استعمالها فتعقم بالغلي اذا لم يكن لدى الطبيب محم او تنور ·

وتعقم الادوات المطاطة والمحاقن الزجاجية بالغليان اما المسابر الصمغية فلا تحتمل الغليان فهي تغسل بالصابون باليد او بقطيلة قطن بعد استعمالها ليزول عنها الدهن الذي طليت به ويغسل باطنها بحقنه بالماء والصابون ثم تنشف جيداً

من الباطن والخارج بسلك حديد وقطعة من القطن وتعقم بالفورمول في انابيب دانوس (Desnos)

والافضل ان يقتني الطبيب محمين صغيرين خاصين بالفورمول احـدهما للمسابر والآخر للقفافيز والالات . اما التعقيم بالفورمول والحرارة فيتم بعـد ثلاث ساعات وذلك ان توضع في هذا المحم او في اناء سواه مغلق اغلاقا محكما وفيه بعض اقراص تريوكسي ماتيلان الى جانب الالات ثم يوضـع الاناء على مصباح كحول

واما التعقيم بدون حرارة فيستدعي ٤٨ ساعة

ويجب ان تعطى هذه التعليمات نفسها للمريض الذي يتقطر بيـده وألاّ يسمح له بذلك الا بعد ان يريه طريقة التعقيم ممرض ماهر مدة من الزمن

فمتى جهز الطبيب الممارس هـذه الادوات والآلات تمكن من استقبال زبائنه وفحصهم فحصاً حسناً . اما المعاينات التي يحتاج الى اجرائها فلا تستدعي تخدير الاغشية المخاطية .

والمحاليل المستعملة في امراض جهاز البول هي محلول فوق منغنات البوتاس وحمض كيانوس الزئبق ١ — ٤٠٠٠ ملون بحامض البكريك ، ونترات الفضة ١—١٠٠٠ ١—١٠٠٠٠ والزيت الغومنولي ١٠ — ٢٠ ٪ تحفظ هذه المحاليل في قوارير زجاج وتستعمل حين الحاجة في الغسولات والتقطيرات المتنوعـة . والافضل ان يصنع الطبيب محاليل كثيفة نسبتها ١٠ ٪ ويمددها بالماء المعقم حين الاستعمال . والغسول الحار او الفاتر افضل والطف واكثر تحملاً فيستحسن اذن ان يكون لدى الطبيب مغلاة كهربية ولنتذكر دائماً انه لا يجوز ان يغسل

بحمض كيانوس الزئبق احليل شخص او مثانته متى كان يتناول اليودور لان هذا الملح يفرز مع البول ويتحد بحمض الكيانوس فيتكون من اتحادهما حمض كيانوس البوتاس واليودور الزئبقي (iodure mercurique)

اما الاختصاصي بامراض جهاز البول فعليه ان يكمل مجموعة مسابره وبانيكياته وان يقتني خازع مازون ناف الاحليلي لقطع التضيق وبعض مسابر مبتورة الطرف ارقامها ١٤—١٦ ·

وموسعات آلية متنوعة من طراز كولمن

ومفتتات تستعمل ايضاً في استخراج الاجسام الاجنبية ·

وعلبة بطاريات للتحليل الكهربي بالبانيكيات ·

ومرآة لويس الاحليلية لانارة الاحليل الامامي

ومرآة احليل خلفية من نوع ماك كارثي أو هاتس بو يه لانارة الاحليل الخلفي

ومرايا مثانية متنوعة للفحص والغسل والقثطرة ومنضدة خاصة بانارة المثانة وينبوعاً كهربياً لانارة القناديل ومسابر لقثطرة الحالب

ومحقنة لغسل الحويضة

ومناضد صغيرة (guéridons) لوضع الآلات عليها ورفادات عقيمة وغير ذلك

ومكواة كهربية وآلة كهربية سريعة التواتر (haute fréquence) للاستحرار (diathermie)والتخثير الكهربي

ومجهراً وخزانة زجاجية لحفظ الالات ولا بد لأي طبيب كان من هذه الخزانة وعلبة خاصة لحمل الالات الى بيت المريض ·

واما الاختصاصي بجراحة البول فعليه ان يقتني سوى ذلك الالات الخاصة بجراحة المثانة والموثة والكلية : موسعة لاغو وخافضة (depresseur) المثانة ومثبتة القطن (stabilisateur lombaire) ومناقيش مزواة لسرة الكلية والخ ومسابر مالكو (Malecot) وبزر (Pezzer) ومسبار فراي‍ه (Freyer) وانبوب مريون (Marion) ومسابير غيون المثانية وسدادات (fossets) زجاجية

ولا بد للطبيب من الاستعانة بالمخبر والاشعة فمتى كان الطبيب الاختصاصي مجهزاً بهذه التجهيزات جميعها تمكن من فحص مريضه ومعالجته بترو طبقاً للقواعد المرعية في هذه الشعبة لان الانحراف عنها يعرض المريض للخطر والطبيب للخيبة .



مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم الاستاذ شوكة موفق الشطي

ك . روتكويش K. Routkevitch : مداواة الحمى التيفية بكلورور البار يوم

تدخل الحمى التيفية في زمرة الامراض التي لا يجسر الطبيب على الحكم في عاقبتها او في سيرها ولا يملك فن الطب سلاحاً لمقاومتها الا بطريقة المداواة العرضية وذلك على الرغم من الجهود التي بذلت والاختبارات العلمية التي كرس المؤلفون قسماً عظيماً من اوقاتهم لها ولم تات المداواة باللقاحات او المصول بالفائدة المطلوبة

نصح البعض في هذه السنوات الاخيرة باستعمال مستحضرات اساسها حامض الصفصاف (سيليكيد siliquid) وصفصافاة الصوذا والستوماز (stomasen)

وصف ك . في اطروحته ١٩٠٨ ملاح البار يوم فابان انها تزيد الضغط بتضييقها لقطر العروق وتنبه العصب الرئوي المعدي والعضلة القلبية وقد لاحظ ان كلورور البار يوم يفيد فائدة عظيمة في مداواة الحمى التيفية على ان تكون العضلة القلبية سليمة و ينصح باستعماله ثلاث مرات في اليوم و باعطائه بطريق الهضم على الا يتجاوز المقدار ٠،٠٦ ثلاث مرات في اليوم (اي ٠،١٨) و ٠،١٠ ثلاث مرات في اليوم حتى يبلغ المقدار ٠،٥٠ ثلاث مرات في اليوم (اي ١،٥٠ غرام) . يستعمل العلاج سبعة ايام ثم يقطع ثلاثة او خمسة ايام و يعاد استعماله

مرة ثانية، افاد كلورور الباريوم فائدة عظيمة وقد نجم منه في بعض الحادثات ازدياد في الحركات الحولية واسهال مع آلام حين البول وعسر فيه وقد اضطر المؤلف الى تركه في مريض اخذ يقيء قيئاً غزيراً

لاحظ المؤلف ان المحمومين المعالجين بهذه الطريقة كانوا يتمتعون بصحة جيدة فلم تكن تبدو عوارض العفونة فيهم وكان اشتهاؤهم حسناً حتى انه كان يصعب على من يفحصهم فحصاً ظاهراً ان يظنهم مصابين بالحمى التيفية

اما القلب فكان يبطئ في الغالب فاذا اصيب بالاسراع وسمعت طليعة انقباض وجب ترك العلاج ولم يلاحظ ان له تأثيراً في الكليتين · وقد جرب هذا الدواء في ٣٥ حادثة فشفي منهم ٣٣ ومات اثنان احدهما من نزف غزير وثانيهما من ذات الرئة

. . . .

اراء طلعت بك معلم الامراض الجلدية والزهرية في مستشفى الكلخانة في مداواة بثرة الشرق (bouton d'Orient)

كانت الحرب العامة التي جيشت الجيوش وساقتها من بلدان الى اخرى سبباً في نشر بعض الامراض التي كانت مختصة باقليم دون سواه فانتشرت بثرة الشرق في انحاء لم تظهر فيها من قبل · وللاستاذ المذكور بضع مشاهدات اصيبوا ببثرة الشرق مع انهم لم يغادروا القسطنطينية ان بثرة الشرق ليست مرضاً خطراً غير ان ندبتها مزعجة تشوه المناطق التي تظهر فيها وقد تبدو في بعض الاحيان علامات تدل على انها ليست آفة موضعية فحسب بل قد تنتشر ذيفانات عواملها المرضية (اللايشمانيا) في انحاء الجسد فتحدث حمى والتهاباً في الطحال وضخامة فيه

وقد يرافق البثرة تقيح العقد البلغمية والتهاب العروق البلغمية والتهاب الاوردة والحمرة

تداوى بثرة الشرق مداواة باطنة او مداواة موضعية وقد جرب طامت بك مداواتها في العام الماضي با ٤٧١ استيبوزان و٦٦١ أنتيموزان وغير ذاك من ملاح الاثمد (الانتيمون) فكانت النتائج حسنة ٠ الا ان الحقن بالمواد المذكورة لا يخلو من محاذير منها فحش اثمان الملاح المذكورة واضطرار المريض الى استشارة الطبيب مراراً عديدة وهذا ما حمل الاستاذ المذكور على التفتيش عن طرق اخرى لمعالجة البثرة معالجة موضعية وعن افضل العلاجات الموضعية الناجعة

جرب تضميد بثرة الشرق بادوية مختلفة منها الحامض الفيني والسلياني والكحول وصبغة اليود وفوق كلورور الحديد وتحت فحماة الحديد وكلورور التوتيا وحامض الازوت والبوطاس الكاوي وفوق منغناة البوطاس والزئبق الحلو واليودوفرم والاريستول والصالول والدرماتول والاكتوغان والكبريت والكينين والكافور والامتين وزرقة المتيلن الى غير ذلك من الادوية ٠ الا ان ذلك كله لم يجد نفعاً لا في شفاء البثرة ولا في تحسين ندبتها وتقصير مدة سيرها ٠ وقد شوهد ان بثرة كويت بازوتاة الفضة وكبريتاة النحاس فتورمت واخذت منظراً درنياً حتى انها كادت تلتبس ببعض الاورام ٠ ولاحظ طلعت بك ان بعض الاهالي يعالجون البثرة ببعض ملاح الاثمد تدجيلاً فاخذ يتقصى في الامر واستعمل كلورور الاثمد الثلاثي ٠ يستعمل هذا العلاج ممزوجاً باللانولين بنسبة ١ — ٣٠ ٠

ولما كان هذا المرهم مخدشاً فقد نشأت في اطراف الجرح من استعماله بثرات

صغيرة عاملها المرضي المكورات العقدية لذلك ارتأى ان يتناوب مرهم كلورور الاثمد الثلاثي مع مرهم حمض التوتيا فان التخديش المحدث من العلاج الاول يزيله المرهم الثاني

استعملت هذه الطريقة في ٣٥ حادثة كانت تشفى في مدة ٢٥ الى ٣٠ يوماً · وقد داوى شعبان بك حكيم امراض الجلد في مستشفى حيدر باشا وجواد بك طبيب امراض الجلد في مستشفى جراح باشا فكانت النتائج التي حصلا عليها مماثلة للنتائج التي حصل عليها طلعت بك ·

الضنك

بحث سريري عن الضنك لـ م · ساكورافوس (Sacorrafos)

اصاب الضنك في بضعة ايام ٤٠٠،٠٠٠ شخص في اثينا عاصمة اليونان وقد لاحظ ساكورافوس من تقصيه فيه ان هذا المرض لا يخلو من خطر وان دور التفريخ فيه قد يبلغ تسعة ايام وان المرض لا يبدأ فجأة كما ظن بعض المؤلفين الا بمعدل ١٥ في المائة بل يبدأ بدعث (malaise) عام فصداع فقمه (قلة اشتهاء) ، اللسان فيه ابيض ، الحمى فيه عرض ثابت قد تسبقها عرواء تشبه العرواء البردائية · يختلف ارتفاع الحرارة بين ٣٨،٥ — ٣٩،٥ وقد تصل وان نادراً الى ٤٢ وقد صادف المؤلف مريضاً بلغت حرارته ٤٢° وكان عدد نبضه ٧٠ في الدقيقة، تهبط الحمى عادة في الصباح (بضعة اعشار فقط) ويصحبها عرق غزير

وقد تنخفض الحرارة في صباح اليوم الثالث او الرابع فيخيل للمريض انه قد شفي غير ان امله يخيب في المساء اذ يرى ان حرارته اخذت ترتفع · تستمر

الحمى حتى مساء اليوم السادس فتبلغ الاربعين ثم تنخفض في اليوم التالي اي في اليوم السابع وتصل الى الحد الطبيعي فيتم البحران . إلا ان للبحران في هذا المرض صفة خاصة وهو انه بحران خادع يبقى المريض في اثنائه تعباً . وقد لاتهبط الحرارة الا هبوطاً تدريجياً فتستمر الحمى حتى اليوم العشرين او الثلاثين الا انها تكون خفيفة .

ولا يرقص النبض عادة كما ترقص الحمى فهو لا يوافقها في علوها وانخفاضها وقد يرافق انخفاض الحرارة بطوء شديد في النبض يخيل للطبيب ان مريضه مصاب بداء ستوكس ادمس اذ قد لا يتجاوز عدد النبض ٤٠ نبضة في الدقيقة ويبدو المريض كانه مغشى عليه ويجب ان ينتبه الى ابطاء القلب لانه يكاد يكون ثابتاً في الضنك وعلامة مهمة فيه

اما الآلام في الضنك فثابتة وتبدو بصداع جبهي مزعج وخرزة(lum-bago) والام عضلية في الرجا الفخذي وفي الفخذ كلها فهل هذه الآلام عضلية ياترى ؟ كلا لان ضغط العضلات لا يؤلم ولكن الالم يبدو آنياً متى ضغط العمود الفقاري في الرجا القطني او ضغط العصب السيسائي فالالام ناتجة من احتساسات مركزية منتشرة . وقد تصيب المريض زلة لآلام الصدر التي تشتد عليه

ويجب الانتباه عدا الحمى والالام الى النفاط (exanthème) لانه عرض مهم ايضاً يبدو خفيفاً في اليوم الثالث ويشتد في اليوم السادس ويمتاز بانه مختلف الاشكال . وينتهي النفاط بتوسف يدفع المريض الى الحك فيخدش جلده وقد ينجم من ذلك داء الدمل (furoculose)

اما الاعراض الهضمية فثابتة ايضاً فاللسان ابيض ويابس وسخاً والعطش زائد والشهية للطعام مفقودة . وقد يصاب المريض بغثيان واقياء صفراوية . وليست الاقياء الدموية نادرة في هذا المرض .

وقد ينزف المعى او يعتري المريض رعاف وقد تنزف الانثى من رحمها ، القبض من اعراض الضنك ايضاً ، رائحة النجو نتنة ، الطحال طبيعي ، الكبد ضخمة قليلاً وقد يتلو الضنك يرقان يسير خمسة عشر يوماً او عشرون يوماً وتكشف في التفسرة ملاح صفراوية وقد تكون الاعراض الكبدية شديدة فيظن ان هناك قولنجاً صفراوياً ، البول مشبع تارة ورائق اخرى وقد يغزر و يحتوي في الغالب على الآحين (اثر او كمية عظيمة ١٤ — ٢٠ غراماً في اللتر) وقد يكشف فحص البول فحصاً مجهرياً اسطوانات حبيبية وكريات حمراء ، تزول هذه البيلة الآحينية بعد مدة تختلف من ١٥ — ٢٠ يوماً على ان يحمى المريض ويستريح في فراشه .

لا يصاب جهاز التنفس باقل عرض من جراء هذا المرض الا بزلة ناجمة من آلام الصدر قد تقلد في بعض الاحيان عرض شينستوكس

اما الجهاز العصبي فيتأثر من الانتان تأثراً شديداً فيهذي المريض و يخلط وقد يطرأ على النساء نوب شبيهة بنوب الخور (هستريا) و يجب الانتباه الى دور النقه في هذا المرض لانه ليس نقهاً حقيقيا بل تتمة لمرض شديد .

وليس انذار هذا المرض سليماً كما يظن فقد يموت المريض مغشياً عليه والضنك خطر في المصابين بالتهاب الكلية والداء السكري والسل .

ومما يزيد في خطورة هذا المرض التعب والافراط في شرب الاشربة

الروحية وقد يجهض الضنك الحاملات

المعالجة تقوم باستعمال ملينات في البدء والحمية الا عن اللبن الخاثر في بلادنا والليمونية (ليموناضا) والمعقدات والشمبانيا

ولا حاجة الى اعطاء المريض اي علاج كان اذا كانت حرارته دون الـ ٣٩ ولم يشك ألماً إما اذا زادت الحرارة عن الـ ٣٩ وكانت الالام شديدة فيجوز ان يعطى ثلاث برشانات في كل منها

اسبرين	٠،٢٠
بيراميدون	٠،١٠
بنين (كافئين)	٠،٠٢

اما اذا كانت حالة المريض مضطربة وكان توترة منخفضا فيجب حقن تحت جلده بالكظرين (ادرنالين) ووضع محفظة الجليد على رجا قلبه وتسكين اضطرابه بتجرع اربع ملاعق كبيرة من الشراب الاتي :

بروmور البوتاس	١٢ غراماً
صفصافاة الصودا	٨ غرامات
ماء النعناع	١٥٠ غراماً
صبغة الستروفتوس	اربعون قطرة

ولا حاجة الى استعمال الكينين الا في البلاد الموبوءة بالبرداء حيث يخشى من اشتراك المرضين . اما الانزفة فتداوى بالاودية المعروفة ويفيد النخامين (البتويترين) في مداواة النزف الرحمي فائدة عظيمة

ويداوى التعب والضعف العام في دور النقه بمقادير كبيرة من الستركنين فيعطى المريض يومياً ثلاثة ملغرامات من الستركنين مدة ١٠ — ١٢ يوماً

البزل القطني في حوادث التكهرب

جلينك (Jellineck): اثبت هذا المؤلف منذ عهد قديم ان التيار الكهربي يزيد سائل النخاع الشوكي متى مر في الجسم · وفكر استناداً الى رأيه هذا ان الاعراض التي تبدو في التكهرب ناجمة من ازدياد الضغط في سائل الجمجمة وان الطريقة الفضلى لانقاذ المريض من الموت هي البزل القطني وقد أيد مدعاه ببضع مشاهدات نوجزها فيما يلي :

الحادثة الاولى : رجل له من العمر ٣٢ عاما تكهرب بتيار قوته ١١٠ فولت ففقد شعوره مدة قصيرة ثم تمكن من متابعة عمله الا انه شعر في اليوم الثاني بآلام رأسية شديدة اجبرته على ترك عمله وقد مات بعد احد عشر يوما ولدى فتح جثته تبين انه مصاب بوذمة شديدة في دماغه ونخاعه ·

الحادثة الثانية : رجل له من العمر ٣٤ عاما تكهرب بتيار متناوب قوته ٢٢٠ فولتا فمات في الحال · وقد ظهر من فتح جثته ان دماغه ونخاعه كانا متوذمين وان عروقهما كانت محتقنة احتقانا شديداً ·

الحادثة الثالثة : رجل له من العمر ٢٥ عاما مس تياراً كهربيا من عيار ٥٠ فولت ففقد شعوره وانعش بالتنفس الاصطناعي الا ان امارات الموت العاجل كانت بادية على محياه لان تشنجات اختلاجية قوية جداً كانت تتنابه فبزل الحكيم المذكور قطنه فخرج منه سائل مدمم فاستخرج منه زهاء ٣٥ سم٣ فتحسنت حالة المتكهرب على اثر ذلك تحسنا كبيراً وعاش المريض بعد ان كان موته محققا · يستدل من هذا ان البزل القطني هو خير علاج للمتكهربين

صيانة حياة لب السن

من خطر النخر العميق

للحكيم
نجاة ا٠ الصفدي
دكتور في طب الاسنان وجراحتها

كثرت فيما مضى حوادث استئصال الالباب الحية للاسنان التي بلغ بهـا النخر منطقة اللب وقد تعددت حتى ان معظم اطباء الاسنان كانوا يفضلون نزعها في مثل هذه الحوادث لما كان يتبعها من الامراض التي كانت تضطرهم الى ازالتها بعـد حشو السن الدائم ، ومنهم من كان يستأصل الباب الاسنان بقصد ارساء دعامات لتثبيت الجسور في الفم ٠

اما اليوم وقد وصل فرع طب الاسنان الى ما هو عليه من التقدم والرقي فقد قل نزع الالباب واستئصالها في مثل هذه الاسباب كيف لا وقـد عرفت اهمية اللب الحي فانه كما لا يخفى مقر الجملة الوعائية العصبية التي توزع الغذاء على السن ورباطها ولم تنحصر اهمية وظيفة اللب كما ظن الاقدمون في اعاشة السن وانمائها فقط بل في اسباب اخرى متعددة اهمها حفظ ثبات السن مدة طويلة في الفك وحفظ قوتها ولونها وقد ثبت لعلماء الفن ايضاً ان السن التي لا لب لها تشابه جسماً غريباً في الفك لا تلبث النسج المحيطة به ان تنحل انحلالاً تدريجياً فلا يطول بقاوءهـا في الفك كما لو كانت حية ٠ فلو عمد كل فرد من اطباء

الاسنان الى استئصال الالباب لأي حادثة ترد اليه لم يعد لهذا الفرع اقل اهمية في عالم الطبابة · فيجب والحالة هذه على كل طبيب ان يسعى جهده الى المحافظة على حياة اللب وصيانته من خطر النخر العميق بستره او تغطيته بمادة مانعة للفساد وغير ناقلة للحرارة او سواها من المخرشات وتخليصه من ذلك الخطر الذي يهدده بمرض عضال اليم ينتهي بموته ·

ان صيانة اللب ليست بالامر السهل الذي يتسنى لكل فرد من اطباء الاسنان اجراؤه على ان نجاحها متوقف على الطهارة التامة والاتقان الزائد مع المهارة الفنية بمعرفة امراض اللب واسبابها فمتى توفرت هذه الشروط لدى طبيب الاسنان تكللت عمليته بالنجاح ·

وقد ثبت للدكتور (ألمر س · بست Elmer S. Best) بعد ان فحص فحصاً دقيقاً بالاشعة الكهربية كثيراً من الاسنان المصابة بنخر عميق قريب من اللب — ان من جملة الاسباب التي تعترض نجاح طبيب الاسنان في عملية تغطية اللب ووقايته في اكثر الحوادث ذات النخر العميق هي تكون طبقات كثيفة من العاج الثانوي (secondary dentin) الامر الذي يحدث تنبهاً شديداً يذهب بحياة اللب ·

وقد تحقق ايضاً ان تكون طبقات قليلة منتظمة من العاج الثانوي في من بلغوا سن الرشد لا يؤثر اي تاثير مرضي مضر في صحة اللب · وقد ذكر بست ايضاً طريقته الخاصة في تغطية اللب بمقال نشر تحت عنوان (علامة النخر العميق بالقناة اللبية) اليك خلاصته :

« متى كان اللب سليماً ورغب في صيانته من الخطر الذي يتهدده — يوضع

الحاجز الصحفي (Rubber Dam) على السن كما هو معلوم (وقد لا يضطر الى وضعه في بعض الحالات) ثم يقطع الزائد من ميناء السن ويزال العاج المتنخر بالمجارف الحادة مع الحذر الشديد والتحفظ حين اجراء التغطية من كشف اللب لان اهمية هذا التحفظ ثبتت لدى الكثير من الاطباء وقد اقتنعوا بعظم اهميتها » ·

اما طريقة الدكتور (بست) فهي ان ترفع جميع المواد المتنخرة من العاج عن جدران الحفرة الجانبية لتظهر الجدران اللبية والمحورية وان تنظف الحفرة جيداً على ان يكون اللب محفوظاً بطبقة رقيقة من العاج تمنع كشفه · ثم تغسل الحفرة جيداً بمحلول كلوراة الصودة الجراحي الفاتر او تمسح بالاسفنج ومدة هذه العملية (١٠ — ١٥) دقيقة ، ثم تنشف الحفرة ويوضع في قاعدتها مزيج كثيف مركب من التوتيا والمغنيزيا ومسحوق نتراة الفضة والاوجينول ويوضع بمسبار رفيع حتى يمس القاعدة تماماً ويمدد المزيج على ارض الحفرة بكرية صغيرة من القطن الجاف ثم تستعمل المجارف لرفع ما يعلق منه على حافات الحفرة ، ويجب الانتباه التام الى نزعه عن اطراف اللثة اذا كان النخر عند العنق لان في المزيج نتراة الفضة فاذا اعتني برفعه ولم يمس الحوافي لا يظهر على السن اقل تلطخ · ثم يغطى هذا المزيج باسمنت كلوريد التوتيا (zinc chlorid) الذي يفضل انواع الاسمنت الاخرى لان الرطوبة لا تنفذ فيه · وبعد وضع الاسمنت المذكور في محله يملأ ما بقي من الحفرة باسمنت حمض الفوسفاة (oxyphosphate) ويفحص الإطباق بالورق الفحمي الازرق ويقطع من الاسمنت حتى يعود الاطباق حسناً ثم تريح السن ، فاذا لم يوجد ما يمنع هذه الاجراءات توضع

الحشوة الدائمة في مكانها بعد بضعة اسابيع ·

ان خيبة مثل هذه العملية تنشأ من اهمال الشروط التي لا بد من مراعاتها وفقاً للفن · فيجب اذن ان يحافظ على الباب الاسنان التي ترجى حياتها من خطر النخر العميق · ويتم نجاح العملية اذا لم تعترضها احدى العلل والعوارض التي تنفى بالاشعة الكهربية · وقد استصوب هذه الطريقة بعد مدة كل من مارسها وهي الآن المساعد الاكبر في الوقاية ·

اما الدكتور غروف (C. J. Grove) فيستعمل علاجاً لتغطية اللب يركبه من مسحوق الاسمنت مع سائل مائية الكلورال ويصنع منه معجوناً جافاً · ويحضر هذا السائل بوضع اجزاء متساوية من مائية الكلورال والسعترول (thymol) وسحنها معاً في هاون فاتر فيتميعان ثم يمزجان مع مسحوق الاسمنت ويوضع هذا المزيج مباشرة في الحفرة فوق اللب بعد انتزاع الاقسام الرخوة من العاج المتنخر وتعقيم الحفرة وتجفيفها ثم يغطى اللب باسمنت النحاس الابيض : (white copper cement) لانه اقل تخريشاً من سواه ·

وللدكتور بكلي (Buckley) مزيج طبيعي كشفه حديثاً دعاه دنتينوئيد dentinoid) اي (عاجي الشكل) او العاج الطبي الاصطناعي لوقاية اللب الحي ولحشو القناة الجذرية · فهذا المزيج مركب من فوسفاة الكلس وكبريتاة الباريوم مع بعض مضادات العفونة كالسعترول والسعترول اليودي والاورتوفورم مع مادة راتنجية جامدة لاصقة · ونسبة فوسفاة الكلس في هذا المزيج مغادلة لنسبته في العاج الطبيعي يمزج هذا المركب اما بكحول درجتها (٩٥) او بالكلوروفورم وتتصلب كتلته تدريجياً تصلباً شديداً وهي لا تنقل الحرارة ولا

تخرش ابداً تتصف بكونها مضادة للتعفن وثابتة وتضاهي احسن المواد المستعملة في هذا الشأن · والمواد المضادة للعفونة المستعملة بها غير منحلة في المـاء وذات خواص مقوية وحين اجراء عملية التغطية لحفظ لب السن في الحفر العميقة النخر فانها لا تعقم العاج آنياً فحسب بل تنشط ايضاً منطقة الخلايا المولده للسن (odontoplasts)وتقويها ضد العاج الثانوي الذي قد يتكون بنتيجة هذه العمليـة وتمهد السبيل لعمل العضوية الطبيعي الواقي · فلسلامة اللب يستعمل هـذا المركب المذكور وهو يحل محل العـاج المتنخر الذي تلف بسبب التسويس · ومن المحقق ان هذه المادة سترجح على سواها من المواد الاجنبية كيف لا وقـد ثبت ان في العاج الطبي الاصطناعي مواد مضادة للتعفن ومقوية للخلايا المصورة للسن في آن واحد ·

واترك الان التفصيل عن مركب الدكتور بكلي وكيفية مزجه واستعماله ريثما يصلني واجربه بنفسي ·



صحة العين

مستخلصة من دروس للاستاذ كانتونه بقلم الحكيم محمد اديب سردست

التنوير

لنتذكر ان نور الشمس مركب من تشعات موجتهـا بين ثلاثة اعشار وثمانية اعشار الميكرون وهذه الاشعة هي اشعة الطيف (spectre) المرئية لكن هذا الطيف المرئي يتمادى قطباه بتشععات اخرى ٠

فما وراء الطيف المرئي هي التشععات المقدرة بعشر الميكرون وهي الأشعة فوق البنفسجي وما بعدها التشععات الاورانية فالاشعة المجهولة X الدقيقة التي تخترق جزئيات الاجسام التي نعدها كثيفة وتجتازها مارة في كتلتهـا التي تظهر لنا انها متجانسة ٠

وامام الطيف المرئي هي الاشعة تحت الاحمر المقدرة بـ ٧٠ ميكروناً ، وهي تشععات تتمادى بالتشععات الكهربية والهرتزية (Hertziennes) التي قد يكون طول موجتها عدة كيلومترات ٠

فالاحمر وتحت الاحمر همـا اذاً في الطيف القسم الطويل والبطيء في الوقت نفسه لان الضياء الابيض ينتقل جميعه ككتلة واحدة فالموجات الطويلة اذاً هي اقل عدداً في وحدة الزمن والمسافة من الموجـات القصيرة على العكس من الاشعة البنفسجية وما فوقها فهي تؤلف القسم القصير والسريع ٠

الاشعة المضرة بالعين : كما ان الاهتزازات الصوتية الحادة السريعة يصعب على الاذن تحملها يصعب ايضاً على العين تحمل التشععات البصرية السريعة أي فوق البنفسجي فهي والحالة هذه مضرة بها ٠

اما الاهتزازات الصوتية الرخوة البطيئة فهي اقل ضرراً من الحادّة غير ان الاذن تحتملها ايضاً بصعوبة لانها واقعة عند حدّ الحس، فهي تستلزم جهداً وانتباهاً وتعباً ، وافضل الاهتزازات واكثرها تحملاً هي الاهتزازات الوسطى في الصوت والضياء واكثرها ضرراً هي الاهتزازات السريعة .

يجب اذاً ان نجتنب الضياء الصناعي الغني بالاشعة فوق البنفسجي قبل كل شيء وما كان منه غنياً بالاشعة الحمراء في الدرجة الثانية : فالتنوير بانبوب كارتز الذي يولد اشعة فوق البنفسجي يجب تركه وكذا مصابيح غاز النئون (lampe à néon) او الارغون وجميعها يندر استعمالها

وكذلك القول في المصابيح ذات القوس الفولتائية التي تولد نوراً ابيض متألقاً فيه اشعة بنفسجية وزرقاء وفوق البنفسجي ، فهي مضرة متعبة ايضاً لان نورها يتموج .

اما النور الكهربي الخيطي المتأجج فهو حسن ، على ان نجتنب منه المصابيح المسماة النصفية (الوت) ولا سيما متى كانت شديدة الحدة لانها تولد الضياء الابيض الغني باللون الازرق .

والخلاصة : افضل المصابيح هو المصباح الكهربي المتأجج المتوسط الحدة (٢٥ — ٣٢ شمعة) المعادلة لبعد الكتاب عن العين لان نوره ابيض مصفر ، واما اذا كان ينشر انعكاسات فيكون ذلك دليلاً على شدة حدته وعلى ان نوره ازرق بنفسجي اي ابيض والتنوير بمصابيح الزيت او الكاز حسن على ان يكون نورها جاداً وكافياً ولا ينشر حرارة على وجه القارئ .

وضعة المصباح :

١ً — يجب ان يكون الضياء محجوباً عن عين القارئ بدرية كثيفة تمنع النور عن اضاءة الوجه .

٢ً — ان يكون الضياء وطيئاً يعلو وينخفض حسب الحاجة .

٣ً — الاستضاءة بمصباح معلق بالسقف سيئة لان نوره ضعيف ولانه يضيء وجه القارئ وقد راجت منذ زمن المصابيح السقفية التي تعكس نورها على مخروط ابيض ثابت في السقف ومنه على الغرفة فضياء هذه المصابيح لا يؤثر في العين مباشرة بل يقع على الاقسام الجانبية ويضيء منضدة القارئ اعتنافاً ،

يجب ان تكون هذه المصابيح قوية جداً لان الانعكاس يفقد النور كثيراً من حدته ، وهي اقل ضرراً من النور الذي يأتي رأساً من مصباح سقفي عادي غير ان وجه القارئ يكون في هذه الحالة معرضاً للنور

٤ً — لا بد لكل شخص اذن من مصباح خاص به او لكل شخصين او ثلاثة اشخاص من مصباح متى كانوا مجتمعين اما التنوير المشترك في المدارس فلا يكفي في الغالب لان الادارة تراعي به جانب الاقتصاد

وانه ليؤسفنا ان نعلم ان الحسر «ميوبيا» والامراض العينية والزور (scoliose) ناجمة جميعها من سوء التنوير في المدارس والمعامل .

٥ً — يجب ان تكون دائرة نور المصباح كافية : فلا نستعملن مصباحاً حسناً جميلاً مفضضاً ارتفاعه ١٥ سنتمتراً ضئيل القوة ذا درئية صغيرة يفلت منها النور فيتبدد بعضه في الغرفة ولا تكون دائرة ضيائه على منضدة القارئ سوى ٢٠ سنتمتراً مراعين في ذلك جمال الصنعة وغير ناظرين الى

الوجهة الصحية بل علينا ان ننظر الى دائرة الضياء لتكون كافية بالمقصود ٠

٦ً — يجب ان يكون الحاجب واسعاً في الاسفل ومسدوداً في الاعلى واذا تعبت العينان من ضياء شديد او غني باللون الابيض جاز استعمال منظرات ملونة بلون اصفر برتقالي لانه الطف نور في الطيف او المنظرات الموجودة في التجارة الخاصة بتوقيف الاشعة فوق البنفسجي ٠

وعلى كل طبيب ان يفكر في امر الناشئة و يسهر على صحة عيونهم فيرشدهم اذا كانوا يجهلون الى القواعد الصحية التي تترتب عليهم مراعاتها ويحمل مديري المدارس والمعامل على تحسين الانارة اذا دفعهم حب الاقتصاد الى الاضرار بتلامذتهم وعملتهم ٠

مراقبة المدارس

اسباب وضعة التلامذة السيئة : ١ — للضرورة أ — الحسر (موبيا) اكثر من ٣ ديوبتري لان التلميذ لا يرى جيداً في هذه الحالة الا متى كان كتابه بعيداً عنه اقل من ٣٣ سم

ب — التفلطح (الاستغماتيزم) : يقترب بها الولد من الكتاب ليكبر الخيال ويستعيض ما نقصه من الوضوح ٠

ج — مد البصر : يرى التلميذ، اذا راعينا النظريات، عن بعد اكثر مما يرى عن قرب ولكن متى كان مد البصر شديداً اقترب التلميذ من كتابه ليكبر الخيال

٢ً — يقرب البعض عيونهم من كتبهم دون ان يكونوا مصابين باقل عيب في الانكسار

أ — مجاراة للتقليد : يقلد رفيقه الحسير

ب — لان المنضدة منخفضة او المقعد مرتفع

ج — لان النور ضئيل او لان وضعته سيئة « اي لان يـد التلميذ تستر بظلها بعض اجزاء الكتاب

د — لكي يتقن التلميذ خطه ينام على دفتره ·

خلقة (فيزيولوجية) العمل من مسافة ٣٣ سم : قوة المطابقة تعمل بـ ٣ ديوبتري وهذا الانكسار الحركي « dynamique » يزيد على الانكسار التوازني «statique» الثابت و يفيد في الرؤية عن بعد · طفل عمره ١٠ سنوات ، قوة مطابقته تقدر بـ ١٥ ديوبتري وهي قدرته القصوى لانها لا تمكنه من العمل الا مدة وجيزة ، فاذا كانت مدة العمل طويلة لا يحتاج الا الى نصف او ربع قدرة المطابقة فقط لان عدد ديوبتري المطابقة الضروري يتزايد بسرعة متى قلت المسافة ، فهو يحتاج الى ٤ ديوبتري لاجل ٢٥ سم و ٥ لاجل ٢٠ سم و ٦ لاجل ١٧ سم و ٧ لاجل ١٤ سم ، وكثيرون هم التلامذة الذين يضعون كتبهم على بعد ١٨ — ٢٠ سم من اعينهم · ومن له من العمر ١٥ سنة لا تزيد قوة مطابقته عن ١٢ ديوبتري ومن بلغ ١٨ — ٢٠ سنة تهبط قوة مطابقته الى ١٠ ديوبتري ·

وكما تتعب قوة المطابقة متى كانت الرؤية من مسافة قصيرة كذلك تقرب العينين احداهما من الاخرى يتعب ايضا لانه كلما اقترب الشيء المنظور من العينين جدت المقلتان في التقارب بانقباض العضلات المستقيمة الانسية لتظلا قادرتين على روءية ذلك الشيء وفي هذا ما فيه من التعب المفرط الذي يوءدي الى معص لان انقباضات العضلة المستمرة لا تحتمل مدة طويلة و يستقر هـذا الحس المزعج حس الانكماش في الجبهة متى كان التعب ناشئا من فعل المطابقة ،

وحذاء زاويتي الحجاج العلويتين الانسيتين متى كان سببه تقارب العينين ·

فكل تلميذ يشكو تعبا في عينيه او انكماشاً في جبهته تجب معاينته لانه يكون مصابا بعيب في عينيه او متخذاً وضعة سيئة في اثناء العمل ·

ولا ينحصر خطر شدة التقرب في اثناء العمل بالآلام التي تضطر التلميذ الى ترك عمله ، بل ان انقباض عمل التقارب انقباضا شاذاً قد يؤدي الى فرقان «dissociation» بين المطابقة والتقارب يؤدي الى الحول · عدا التبدلات في انحناء العمود الرقبي الصدري والوضعات المعيبة الموقتة او الثابتة والافات في نمو القوس« cage »الصدري وحجمه .

علاج هذه الاخطار : يقوم بجعل الولد بعيداً عن كتابه لا اقل من ٣٣سم وان يكن في ذلك بعض الصعوبة ، بمراقبة المدارس مراقبة طبية دقيقة عادلة يقوم بها احد الاطباء ولا حاجة الى ان يكون اختصاصياً بامراض العيون فعليه ان يلاحظ اثاث المدرسة والتنوير وان يفحص اعين الاطفال مرة في السنة على الاقل ولا يحتاج هذا العمل الى غرفة مظلمة او الى منظار عين بل يكتفى بوضع التلميذ بعيداً عن لوحة الاحرف خمسة امتار لتخمين القوة البصرية (acuité visuelle) واذا لم تكن ثمت لوحة تكتب احرف ثخانتها مناسبة لمربع قطره ثلاثة ارباع السنتمتر ويبعد كل حرف عن الاخر زهاء ٢ سم ولا ترتب كترتب احرف الهجاء لئلا يعرف التلميذ الاحرف لتتابعها · ويجب ان تكون اللوحة منارة انارة حسنة والا يقع النور امام عيني التلميذ مثال ذلك يوضع التلميذ الى جانب نافذة واللوحة على بعد خمسة امتار الى جانب نافذة اخرى ، وتفحص كل عين على حدة بينما الاخرى تغلق براحة اليد وليس بالاصبع لانها تضغط العين ·

فمن لم تكن قوة عينيه البصرية طبيعية يجب ان يعهد بفحصه الى طبيب اختصاصي ليرى ما اذا كان محتاجاً الى منظرات (عوينات) ام لا

وعلى الطبيب ان يلاحظ مساحة المنضدة والمقعد وما اذا كانا ملائمين لوضعة التلميذ الحسنة وان ينتبه كل الانتباه الى التنوير ٠

الضياء نهاراً : يجب ان يأتي من نوافذ واقعة في كل من جهتي الدرس وان تسدل عليها سجف تمنع اشعة الشمس من الدخول واذا لم يكن ثمت سوى نافذة واحدة يجب ان تقع الى اليمين (للكتابة الفرنسية) اجتناباً لظل يد التلميذ اليمنى حين الكتابة

المسطح الشفاف : يجب ألا يقل عن ثلث مسطح ارض الغرفة، ونعني بالمسطح الشفاف ليس مسطح الواح الزجاج على الاطلاق بل مسطح الالواح الحرة التي لا تظللها الرفاف المائلة وتحجب النور عنها فرب رف مستند الى الحائط الخارجي وممتد من بدء الدرس الى منتهاه يحجب النور عن جهة كاملة من جهتي الدرس فاذا كان لا بد من وضع هذه الرفاف اتقاء للمطر والريح وجب ان تكون نقطة ارتكازها فوق النوافذ او ان تكون اجزاء هذه الرفاف المحاذية للنوافذ مصنوعة من الزجاج الثخين الشفاف غير ان الطريقة الاولى افضل ٠

التنوير الصناعي : سيء في الغالب اما لنقص في حذاقة المهندس او رؤساء المدارس او لرغبة في الاقتصاد

نرى في اكثر الاحيان المصابيح معلقة بالسقف بساق ثابتة على ارتفاع متر او اكثر عن المناضد ، مع عاكسة تعكس نوراً ضئيلاً او نجد ان تقعر العاكسة متجه الى السقف فلا يصل من النور الى مناضد التلامذة الا جزء خفيف جداً لان هذا الطرز من التنوير يستدعي منبعاً قوياً من النور حتى اذا

انعكس النور الى السقف ومنه الى المناضد بقي منه ما يكفي على نسق ما نرى في المخازن الكبيرة والمصارف وسواها

محاذير التنوير بالمصابيح المعلقة بالسقف : هي ان نورها ضئيل غير كاف وبعيد عن الكتاب وان النور يضيء وجه التلميذ فيدعوه الى تقطيب حاجبيه اجتناباً للنور الذي يقع على عينيه

ولا يخلو هذا الامر من الضرر متى طالت المدة وربما وقعت المصابيح فوق رؤوس التلامذة فكانت كتبهم في الظل الناشيء من رؤوسهم واكتافهم

فالتنوير السقفي مضر اذن ويجب ان يستعاض عنه :

بالتنوير الفردي : مصباح كهربي مرتكز على ساق ثابتة على المنضدة ، او معلق بحبل آت من السقف الى ما تحت مستوى عيني التلميذ ومجهز بحاجب كثيف يرسل نوراً كافياً الى الكتاب . اجل أن تعيين مصباح لكل تلميذ او عامل امر لا يخلو من الصعوبة في الممارسة العملية غير انه اذا عين مصباح واحد لتلميذين او اربعة تلاميذ كان ذلك كافياً . لا تقوم وظيفة الطبيب بتشخيص المرض ومداواته فحسب بل بتلقين النشء الجديد قواعد التربية وحفظ الصحة وعلينا ألا نهمل هذا الواجب .

الانذار : الوضعة السيئة وقت العمل سبب لآفات عينية وخيمة قد تؤدي الى حسر مترق ينتهي بالتهاب الطبقة المشيمية المنتشر او انفصال الشبكية ، هذا عدا الانزعاج الذي يشعر به طول الحياة وما ذاك الا لانه لم يحسن استعمال بصره

لنتذكر ان عيوب الانكسار ومعدات المدرسة السيئة ولا سيما التنوير الذي لا ينطبق على الفن هي الاسباب الاساسية التي تدعو التلميذ الى التقرب

في اثناء العمل فمتى راقبنا مدرسة او معملاً كان علينا ان نلاحظ وضعة التلامذة، لنقم بمهمتنا العلمية والادبية حق القيام ولنفهم رؤساء التلامذة ومديري المعامل ان هذا الاقتصاد وخيم العاقبة يلحق الضرر الفادح بالنشء الجديد وبالايدي العاملة ويؤخر المجتمع الانساني اجيالاً الى الوراء. يشير كانتونه باستعمال ما يسميه لوحة الشرطة متى لم يكن عيب في الانكسار ولا خلل في مناضد المدارس ومقاعدها وكان التلميذ يقترب من كتابه او دفتره الى اقل من ٣٣ سم فهي تضطر التلميذ الى الابتعاد بعداً مناسباً وهذه الواسطة ابسط الوسائط واسهلها فهي خشبة لا يتجاوز عرضها عرض الكف مثبتة بحافة المنضدة تعلو الى ما تحت الذقن فلا يقوى التلميذ من التقرب ولو ابعد كرسيه، مع ان يديه حرتان ولنذكر ان بعض الاولاد يتصفون بالجبن او يخشون معلميهم فلا يجسرون على شكوى ما يشعرون به مع انهم لا يرون جيداً ولا يحسون بألم في عيونهم فعلينا ان نلاطف هؤلاء الاطفال ونحملهم على الاقرار ونراقبهم مراقبة دقيقة.

الحسر المدرسي

تحديده: ينتج من استطالة المقلة التي تفسد الانطباع فترتسم خيالات الاشياء امام الشبكية، وهذه الاستطالة جزئية فهي تعادل زهاء ثلث ملمتر في حسر درجته ديوبتري واحد.

والحسر مرض مزعج لا يلبث ان ينقلب مرضاً حقيقياً لما ينجم منه من الاختلاطات كتزاق المشيمية والتهاباتها واقتلاع الشبكية الجزئي او التام، كل هذا يعيد المريض عاجزاً عن تعاطي بعض الحرف

وليس للحسر دواء شاف بل هو يخف من نفسه كلما تقدم صاحبه في

السن كما ان اصلاحه ممكن بوضع عدسيات مقعرة تخفف عن المريض الانزعاج المصاب به دون ان تشفيه

الاسباب : قطر كل من العينين موازٍ للآخر في الروءية البعيدة ويتقربان في الروءية القريبة ، وان تقلص العضلات الخاصة بذلك تساعد على استطالة العين فيزداد الحسر

فالعمل عن قرب هو اذاً العامل الكبير في الحسر

الحسر المدرسي حسب الاحصاءآت

شاهد كوهن اقل من ١ ٪ من الحسرى في ٢٤٠ طفلاً عمرهم بين ٦ — ٨ سنوات ولم يشاهد كوب في بستان الاطفال ولا حادثة حسر وقد لاحظ فيه حادثة حسر واحدة في ٢٥٣ طفلاً في السنة التاسعة من العمر مع انهم واضعون منظرات وشاهد جينستوس حادثة حسر واحدة في ٢٠،٠٠٠ ولد لم تزد اعمارهم عن خمس سنوات ونصف سنة ويؤيد غوس ان الحسر يزداد ازدياداً مستمراً من الصف السابع الى الصفوف الاخيرة ولاحظ كوهن ان معظم الحسر واقع في الصفوف العالية

في المدارس حسر خاص يفوق الحسرين الرضي والالتهابي .

تأثير الارث : شاهد موته في ٣٣٠ عيلة حسيرة ٢١٦ حادثة ارثية اي (٦٥ ٪ ووجد غوس وجافال ان تأثير الارث اخف . ينتقل الحسر من الاب الى البنت بمعدل (٨٠ ٪) ومن الام الى الابن بمعدل (٧٩ ٪) و يظل هذا التأثير حتى الذرية الثالثة وقد يتبع الحسر في انتقاله خط الارث غير المستقيم ولصحة الابوين السيئة تأثير في روءية الاولاد ايضاً

الوقاية : تستدعي الوقاية من الحسر المدرسي ثلاث نقط اساسية :

١ً — التنوير : في النهار — . يجب ان يكون المسطح الشفاف ثلث مسطح ارض الغرفة دون ان يكون محجوباً بالرفاف والاّ يكون التلامذة في زوايا القاعة المظلمة وألاّ تكون الشمس متجهة الى الكتب لان انعكاس الاشعة على العين يتعبها

في الليل : التنوير المشترك سيء وافضل منه التنوير الفردي لان الضياء لا ينير وجه القارئ وعينيه ويجوز ان يستعمل التنوير المشترك في المدارس والمعامل متى وزع توزيعاً منتظماً لان ناشرات الضياء تستدعي ينبوعاً من الضياء شديداً فهي تبدد منه لا اقل من ٤٥ ٪ . وهي عدا ذلك تحتاج الى عناية خاصة لان الغبار يعلق بها فلا بد من مسحها وتنظيفها مرات عديدة .

٢ً — المسافة : يميل الاطفال الى الاقتراب من كتبهم وهو امر يجب نهيهم عنه ، واذا لم يذعنوا كان استعمال اللوحة التي ذكرناها واجبا فهي تثبت بالمنضدة ويستند اليها ذقن الولد بعيداً عن كتابه ٣٣ سم . امـا الاولاد الاكبر سناً فينبهون الى ذلك بوضع مساطر طولها ٣٣ سم امامهم ليتذكروا دائماً المسافة الملائمة لاعينهم

وكثيراً ما تكون المعدات المستعملة سبباً في الحسر فالمنضدة العالية تسببه والمنضدة القصيرة تعيد التلميذ محدودباً فعلى مديري المدارس اذن الا يجلسوا الولد في المكان المناسب لعلمه بل في المحل المناسب لطول قامته وقوة بصره

٣ً — المتن (texte:) : يجب ان تنبذ جانباً الكتب الدقيقة الاحرف السيئة الطبع الرديئة الورق وان يمنع التلامذة عن القراءة مدة طويلة لانها متعبة وان تكون ازمنة قراءتهم منقطعة لتستريح عيونهم .

ويجب ان يسهر النظار على التلامذة حين الكتابة لئلا يكتبوا وهم مستلقون على المنضدة لان هذا مضرّ جداً

إضرار الاصبع بالعين

ما من يجهل ان الاصابع التي ندلك بها العينين وسخة وهي اكبر خطر عليهما هذا اذا تركنا الرضوض التي تحدثها فيهما جانباً ولم نمر بها الا بسرعة فكم من عين تفقأ بالانامل ومن عين تخلع باصبع تنزلق بينها وبين الجدار الانسي للوقب وقد استفاد اللصوص من هذا الامر فهم يبادرون فريستهم بما يسمونه ضربة الشوكة (coup de la fourchette) وهي انهم يوجهون الى الزاوية العليا الانسية من الحجاجين سبابة يدهم اليمنى ووسطاها بينا الاصابع الاخرى تجتاز خط استواء المقلة ثم يثنون اصبعيهم ويدفعونهما الى الامام فتنخلع المقلتان وكم من الاصابع تصدم العين، فتخلع الجسم البلوري وتفصل القزحية وتمزقها محدثة التوسع الحدقي الرضيّ ونزفاً في الجسم الزجاجي والشبكية وتقلع الشبكية ·

والظفر يخدش القرنية فكثيراً ما نرى ان النساء وهن يحملن اولادهن يصبن بخدوش قرنية لان هولاء الاطفال يدخلون اصابعهم في عيونهن فالاصبع عدو العين اللدود ليس لكونه عاملاً رضياً فقط بل لكونه ناقلاً للعفونة

واذا كان الشخص مصاباً بالسيلان ولوث اصابعه ببوله او بعد حقن احليله نقل الى عينيه حين دلكهما المكورات البنية (الغونوكوك) وكذلك القول في نقله لصديد خراج لمسه ولا سيما المكورات العنقودية (ستافيلوكوك) من دمل حكه فيصاب بعد بضعة ايام بشعيرة وينتبج الجفن ثم لا يلبث ان يحك شعيرته فيلوث بها مكاناً آخر من جفنه فتظهر شعيرة ثانية وهكذا دواليك

واحسن بيئة للتعفن هي زمن الصبا فقد يصاب بعض الشبان بسلسلة خراجات متتابعة لا نهاية لها او قد تعم الدمامل سطح الجسد جميعه فيخيل أن هناك تعفناً عاماً مع ان الاصبع وحدها تكون السبب في تلقيح كل هذه النقاط كما اثبت ذلك كانتونه في امرأة فتية

وربما انقلب الدمل جمرة حميدة فكان ذلك دليلاً على شدة التعفن او تلوثت فتحة غدد مابوميوس فتميحت ونجمت منها بَرَدَة (chalazion)

وتتلوث ايضاً الملتحمة بالاصابع الوسخة فتحدث الالتهابات الحادة والخفيفة الحدة. وقد تكون الاصبع والظفر منشئاً للحمرة التي تظهر في زاوية الجفن او الانف او الشفتين ولا يخفى ما في الحمرة من الخطر متى كان الشخص نحيلاً او مصاباً بالداء السكري .

وقلما ينتقل داء الفطر الشعري وغيره من الفطور الى الاجفان او الملتحمة بالاصبع . اما السل الجلدي (lupus) فينجم في الغالب من التلقيح بالاظافر الملوثة بالبصاق او بآفة سلية جلدية او قيحية .

ولا ننسَ التراخوم هذا الداء المستعصي المستفحل في سورية فان الاصبع احد العوامل في نقله

فيترتب علينا نحن معشر الاطباء ان نرشد النشء الجديد الى حفظ هذه القواعد الصحية وان نوصيهم باجتناب دلك الأعين بالاصابع او حكها بالاظافر فنكون قد قمنا بخدمة جليلة نحو الانسانية ودرأنا عنها عدداً لا يحصى من الامراض العينية المتفشية .

كتب حديثة

اطروحة الحكيم منير شيخ الارض

الحكيم منير شيخ الارض احد المنتمين الى معـهدنا الطبي قصد الى الديار الغربية سعياً وراء العلم واحرز لقب حكيم في الطب من جامعة جنوه بعـد ان كتب اطروحةعن الانعقال الصفراوي او انسداد المعى بالحصى الصفراوية ذكر في مقدمتها عميد جامعتنا الاستاذ رضا سعيد بك بكلمةطيبةواهداها الى المشتغلين في القضية العربية احياء واموتاً

وقد قسم اطروحته فصولاً متعددة فبحث في الفصل الاول عن تاريخ هذه العلة وعمن درسها كشرك وغروس ولري وفان سفيتن ومكل ومونرو ومونود وليغ تومس ورنو ودراموند ومايو وويلسن وماروت وغيرهم من اساطين الطب وعن الاطروحات التي عالجت هذا الموضوع كاطروحـة دوبون سنة ١٩٢٠ ودراينه سنة ١٩٢١

وبحث في الفصل الثاني عن اسباب هذا الانعقال وكثرة وقوعـه وهو ينسبه في الدرجة الاولى الى الرمل الصفراوي ويقول انه يصيب النساء اكثر من الرجال وان وقوعه يكثر سيما في العقدين الخامس والسادس وقـد يصيب نساء بلغن من السن عتيا بين العقدين السادس والثامن من العمر

ويعتقد ان لالتهاب المرارة والقولنج الكبدي في سوابق المريض اثراً في احداث الانعقال وتناول في الفصل الثالث من الاطروحة البحث عن التشريح والخلقة المرضيين فقال ان عدد الحصى يختلف من واحدة الى ٥ — ١٠ او اكثر من

ذلك . وذكر ان ريشو وجد ٢٦ حصاة

وقال عن حجمها ان حجم الحصاة قد يبلغ حجم بيضة الدجاج وقد تصبح الحصاة صلبة كالحجر وعن شكلها انها تأخذ شكلاً مضلعاً متى كانت عديدة واما متى كانت مفردة فتكون بيضية او مخروطة او هرمية وعن قوامها انه يختلف باختلاف تركيب الحصاة وهي تتركب من شحم الصفراء (كولسترين) فتتفتت بسرعة او تحيط بنواتها هذه ملاح كاسية فتصلب وقال عن رؤيتها بالاشعة المجهولة ان الحصاة لا ترى بالاشعة متى كانت مركبة من شحم الصفراء وحده واما متى خالطتها ملاح كلسية فتبدو بالفحص الشعاعي واضحة جلية

وتكلم في الفصل الرابع عن الاعراض فقال انها مختلفة يمكن جمعها في شكلين الشكل الحاد او الانسداد الحاد والشكل المزمن او الانسداد المزمن

تبدو الاعراض في انثى طاعنة في السن تدل سوابقها على قصور في كبدها فتشكو اولاً آلاماً مستقرة في المراق الايمن وقد ترافقها احياناً اعراض الرمل الصفراوي .

ويغلب ان تكون الانثى ذات صحة جيدة لا تشكو سوى سوء الهضم وامساك مزمن .

ومتى اتى دور السورة : كانت اهم العلامات الألم والغثيان والاقياء والامساك وانتفاخ البطن وتطبله واتساخ اللسان وجفافه واسراع النبض والتنفس وقلة البول والحصر وظهور الاحين والسكر في البول ولا سيما النيلة

وتكلم في الفصل الخامس عن تشخيص الانعقال وتشخيص سببه والطرق التي تؤدي الى معرفة مقره

وقال في الفصل السادس ان انذار هذا المرض سيء في الغالب

وتكلم في الفصل السابع عن المداواة فقال ان المعالجة الاساسية لا تقوم الا بالطرق الجراحية ونزع الانسداد وما عدا ذلك يعد ملطفاً مسكناً وقد توصل الى ذكر النتيجة الآتية :

ان انسداد المعى بالحصى الصفراوية امر نادر لا يصيب الا النساء الطاعنات في السن اللواتي سبق ان طرأت على اكبادهن حالات مرضية ·

تحترم الحصى عادة في سيرها الطرق الطبيعية وقد تشذ عن هذه القاعدة فتجتاز نواسير مرارية معوية اهمها النواسير المرارية الاثني عشرية

وقد تقف الحصى في احدى نقاط الانبوب الهضمي المتنوعة واهم محط لرحيلها هو الموقع الواقع على بعد ٤٠ سنتمتراً من المصراع الدقاقي الاعوري · وقد تجتاز وان نادراً هذا المصراع فتصل حتى الشرج وتلقى منه · اما تشخيص هذه الآفة فصعب جداً وانذارها فوخيم وطرق المعالجة تنحصر في الجراحة واحسن الطرق الجراحية هي التي تقوم بخزع البطن فالمعى توصلاً الى اخراج الحصاة

وقد اردف اطروحته بخمس مشاهدات سريرية مفيدة جداً يستنتج منها مايلي:

ان عمر مريضاته الخمس كان يتراوح بين ٥٠ و٦٠ اثنتان منهن كانتا مصابتين سابقاً بحالة كبدية ولم يشخص مرضهما بل ظن انهما كانتا مصابتين بانسداد المعى وقد ماتت من مريضاته الخمس اربع ثلاث منهن بعد العملية الجراحية

نستنتج من هذه الاطروحة الجميلة عظم العناء الذي كابده زميلنا الجديد في وضعها حتى اتت ملمة بالموضوع من جميع اطرافه فنحن نهنئه التهنئة القلبية الصادقة بدخوله ميدان العمل الطبي ونتمنى له حياة سعيدة تنسيه ما قاساه من

التعب في تلقي الدروس الطبية ٠

....

خريجو معهدنا وحكومة العراق

بارحنا الى بغداد في شهر تشرين الاول لاطباء السادة صلاح الدين وصفي وسهيل عابدين وسليمان عبدالواحد بطلب من حكومة ذلك القطر وهم من خريجي معهدنا الطبي الذين نالوا شهاداتهم هذه السنة فنحن نتمنى لهم سفراً سعيداً ونرجوان يخدموا القطر الشقيق بعلومهم الطبية وآدابهم أجل خدمة ٠



الجزء ١٠ المجلد ٥



كانون الاول سنة ١٩٢٨ م · الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٧ ه

التهاب الاعور الحاد المتحولي

للحكيم ميشيل جراح المستشفى العسكري بدمشق (١)

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كنا بحثنا في مؤتمر غندا الدولي الصحي الذي عقد منذ غرة حزيران سنة ١٩٢٧ الى الخامس منه في آفات الاعور والمعى الدقيق في سياق الزحار المتحولي وقد جمعنا منذ ذلك الزمن حتى الآن بضع مشاهدات جديدة اثرنا نشرها لما فيها من الفائدة ورغبنا في ان ننبه افكار زملائنا الكرام ثانية الى هذه التظاهرات المرضية التي تشفى متى شخصت قبل ان تفوت الفرصة وعولجت بالمعالجة النوعية وحدها ·

(١) عهد الى الحكيم ترابو احد اساتذة معهدنا الطبي بانشاء جزء من مجلة امراض البلاد الحارة التي تصدر عن باريس وقد قام بمهمته حق القيام فانشأ جزءاً جليل الفائدة جمع فيه من مقالات الاطباء الوطنيين والفرنسيين في حلب وبيروت ودمشق ابحاثاً شتى عن الافات الزحارية وقد رأينا ان ننقل الى العربية بعض هذه الابحاث لما فيها من الفائدة واننا ننشر الان هذه المقالة الاولى

فاذا كانت الآفات التي يحدثها الزحار في القطعة الاخيرة من المعى الغليظ معروفة جيداً فليس الامر كذلك في الآفات الواقعة حذاء الاعور والمعى الدقيق

وقد ذكر زميلنا الاستاذ ترابو في مقالة جليلة الفائدة نشرها حديثاً في « مجلة الطب وحفظ الصحة » التظاهرات الزحارية التي لم تعرف جيداً في الانسان ·

وخص منها التهاب الزائدة الزحاري الاكيد ·

وجاء فيها على ذكر مشاهدات التهاب الاعور التي اعلنها روجرس من كلكوتا وولاي وموسغرافه فقال « بينت مشاهدات روجرس في كلكوتا التي مرّ عليها زمن مديد ان الافات في سياق الزحار اوضح في ناحيتي الاعور والكولون الصاعد مما هي عليه في ناحية المستقيم وانها قد لا تظهر في سوى هذه النواحي · واستشهد ايضاً بما نشر في رسالة الامراض الاجنبية لغرل وكلارك في فصل « الزحار » حيث ذكرت آفات الاعور والزائدة في سياق الزحار · غير ان دوبتر في رسالة الطب لروجه وفيدال وتيسيه لم يأت على ذكر هذه التظاهرات» ·

وما ذلك الا لان الزحار مرض يستقر غالباً في المستقيم والعروة السينية ولان استقراره في الاعور والزائدة والكولون الصاعد اقل حسبما يرتأي الاطباء العسكريون الذين خبروا الزحار مدة طويلة في مراكش وسورية وبعض المستعمرات الفرنسية

فالمشاهدات التالية التي جمعناها في هاتين السنتين مفيدة اذن لندرتها وجديرة بالنشر ·

المشاهدة الاولى : غ ٠ دخل مستشفى هنري فربيز يه بدمشق في ١٤ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ وكان قد كتب على البطاقة التي بعث بها الى المستشفى « التهاب الزائدة الدودية » وكان مرضه قد ابتدأ منـذ عشرين يوماً باسهال ومواد مخاطية ودم وآلام بطنية ٠

وكان يشكو حين دخوله للمستشفى آلاماً مستقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى التي كانت منتبجة انتباجاً متسعاً يناسب الاعور ٠ وكان حجم هـذا الانتباج معادلاً لقبضة كف رجل كهل ومؤلماً بالجس وواضح الحدود واصم بالقرع وكان في جدار تلك الناحية دفاع عضلي بيد ان باقي جدار البطن كان ليناً وكانت الحرارة ٣٨ والنبض ٨٠

فظن بادىء ذي بدء ان هناك التهاباً خفيف الحدة في الزائدة واجريت العملية في الحال : خدر المريض بالايثير وبجهاز امبردان وشق حسب خط رو فوق التورم ٠ فبدت كتلة من الثرب شديدة الاحتقان ملتصقة بالاعور فرفعت بتأنٍ وبدا الاعور فكانت جدره متكثفة متوذمة صلبة شبيهة بالمقوّى المبلل ٠

وكانت الزائدة في انسي الاعور ومتوذمة ايضاً وكان خلب الحفرة الحرقفية اليمنى الجداري منتبجاً وفيه بعض التوذم ولم يكن صديد ٠

فقطعت الزائدة ، وخيط الجدار خياطة تامة بدون تحفيض (drainage) ثم عولج المريض معالجة الزحار العادية (٨ ، ٠ سنتغرامات امتين اربعة ايام متوالية فستوفرسول بعدها)

فشفي الجرح بالمقصد الاول وشفي الزحار وترك المريض المستشفى في ٣٠ تشرين الثاني ٠

المشاهدة الثانية : محمد بن أ ٠ دخل شعبة الحميات من مستشفى دمشق في ١٦ ايلول سنة ١٩٢٦ لاصابته بزحار متحولي ٠ ثم نقل في ١٩ منه الى شعبة الجراحة وكانت حالته العامة سيئة والهزال آخذاً منه كل مأخذ والقناع المتحولي بادياً عليه ٠ وكان يشكو قولنجاً شديداً مستقراً في الحفرة الحرقفية اليمنى حيث كان يشعر بكتلة صلبة معادلة لحجم البرتقالة الكبيرة ممتدة حسب الاتجاه العمودي موئلمة بالجس صماء بالقرع الخفيف حوافيها واضحة كل الوضوح وكان في جدار تلك الناحية دفاع عضلي خفيف وفي ما سوى ذلك ليان تام ٠ وكانت علامة يعقوب (Jacob) ايجابية والحرارة ٣٨ والنبض ١٠٥ ٠

أجريت العملية الجراحية في الحال ٠ خدر المريض بالايثير وبجهاز امبردان شق الجلد حسب خط رو فوق الانتباج فبدا الخلب الجداري متوذماً جداً وظهرت رزمة من الثرب ساترة للاعور ومكونة للتورم الذي ذكرناه ٠

وكانت جدر الاعور محتقنة صلبة كالمقوى مغطاة باغشية كاذبة وكانت احدى نقاط الوجه الوحشي منه قريبة من الانبثاق لانها لم تكن موئلفة الا من الطبقة المصلية ومساحة تلك الطبقة الموئتكلة كانت معادلة لقطعة الفرنك المعدنية وكانت الزائدة الدودية مدفونة في الاغشية الكاذبة غير ان منظرها لم يكن دالاً على مرضها الشديد ٠

قطعت الزائدة وحاولت ان اخيط ذلك السطح الذي كان على اهبة الانبثاق فصعب الامر جداً لتوذم الجدار ففرقت هذه النقطة وحفضت المكان بالميكوليز ٠

ثم اكملت المعالجة بالامتين التي كان قد بدىء باجرائها في الشعبة الباطنة

تكوّن في ٢٢ ايلول ناسور غائطي واسع بعد سقوط خشكريشة الاعور دون ان تبدو عوارض خلبية لان الالتصاقات كانت قد تكونت حول الاعور .

وبقيت الحالة العامة سيئة حتى ٢ تشرين الاول مع ان الحرارة كانت قد عادت الى الدرجة الطبيعية غير انها بدأت بالتحسن بعد ذلك التاريخ وسارت سيراً سريعاً خلال شهر تشرين الاول وبدء تشرين الثاني

وصغر الناسور الغائطي من نفسه فبدأت بعض المواد الغائطة تخرج من الشرج . غير ان المريض لم يكن مطيعاً ولم يتبع النظام الغذائي الذي سن له الا بصعوبة .

ففي ٢٢ تشرين الثاني بعد ان تناول بعض الخضر الفجة ساءت حالته العامة فجأة واعترته نوبة زحار حادة تلاها دنف(cachexie) سريع على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفرسول والتربرسول ومات في ٨ كانون الاول وبعد فتح جثته رأيت افات منتشرة على غشاء الامعاء الغليظة المخاطي جميعه دون ان ارى انثقاباً جديداً .

. . . .

المشاهدة الثالثة : احمد . . دخل شعبة الامراض الباطنة في مستشفى دمشق العسكري في ٤ تشرين الاول سنة ١٩٢٦ مصاباً بزحار متحولي . وكان قد كتب على ورقة دخوله « حالة دنف » ثم نقل في ٩ منه الى شعبة الجراحة مصاباً باعراض التهاب الخلب (péritonite) مع دفاع عضلي في الجدار والم شديد في الحفرة الحرقفية اليمنى وكانت حالته العامة سيئة جداً .

فاجريت عمليته في الحال : خدر بالايثير بتحفظ شديد وشق جدار

البطن في الخط المتوسط شقاً عمودياً فخرج صديد من الخلب وكانت الزائدة قد تغنغرت وجدار الاعور الوحشي في حالة الموات ومساحة تلك النقطة المائتة معادلة لقطعة الفرنكين المعدنية

وكان الاعور جميعه متوذما فقطعت الزائدة بسرعة وخيط جدار الاعور المائت وحفض البطن بالميكوليز فمات المريض ليل العملية الجراحية

. . . .

المشاهدة الرابعة : د . . دخل في ٢١ تشرين الثاني شعبة الامراض الباطنة وقد كتب على بطاقة دخوله اسهال زحاري الشكل .

وكان المريض مصابا بنوب برداء جلية وقد كشفت الحييوينات الدموية في دمه فعولج بالكينين والامتين حقناً وبمعجون رافو

في ٢٧ منه صباحاً شعر بآلام بطن شديدة مستقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى حيث ظهر تورم معادل لحجم البرتقالة الكبيرة ودفاع عضلي وقاء المريض وساءت حالته العامة وارتفعت حرارته الى ٣٨ وضعف نبضه وبلغ عدد نبضاته ١٤٠

فبضع المريض في الحال : خدر بالايثير تخديراً خفيفاً ، شق حسب خط رو . فبدت كتلة من الثرب محتقنة جداً معادلة لحجم قبضة الكهل ملتصقة بالاعور . فقطعت زائدته بسرعة ولم تكن تبدو عليها علامات المرض الشديد اما الاعور فقد كان خلافاً لها شديد الاحتقان متوذماً وعلى وجهه الوحشي صفيحتا موات واضحتا الحدود تنبعث من احدى حوافيهما غازات معوية وكان لون هاتين الصفيحتين سنجابياً الى الصفرة كلون ورق الشجر الساقط وحجم كل منهما

كقطعة الفرنك المعدنية فحاولت ان اخيط حوافي هاتين الصفيحتين فكانت الخيوط تمزق الجدر فاضطررت الى تجريد الاعور برفادات وجره نحو الجرح الجداري ووضع ميكوليز ٠

فخرجت في الغد من الجرح مواد غائطة مائعة وحبليلان ٠ غيران الاقياء لم تنقطع والنبض لم يبطىء والحالة العامة لم تتحسن فمات المريض في ٣٠ تشرين الثاني ليلاً ٠

. . . .

المشاهدة الخامسة : محمد بن ٠٠٠ دخل مستشفى درعا في ٣١ كانون الاول سنة ١٩٢٦ مصاباً بزحار وباعراض التهاب الخلب (البريطون) في ناحية السرة وما تحت المرارة وكانت حالته العامة سيئة جداً ٠ فاجرى عمليته الجراحية الحكيم هورد فشق البطن على الخط النصفي تحت السرة فوجد بؤرتي صديد احداهما بين عرى الامعاء الدقيقة والاخرى في الحفرة الحرقفية اليمنى فاكتفى بتحفيض هاتين البؤرتين بالنظر الى الالتصاقات التي صادفها ٠

فبدأت حالة المريض تتحسن اولاً وظهر ناسور غائطي آت من المعى الدقيق ٠ ثم نقل الجريح الى مستشفى دمشق في ٩ كانون الثاني ولم تكن حرارته مرتفعة غير ان دنفه كان يزداد يوماً عن يوم وكانت المواد الغائطة السائلة تنصب غزيرة من جرحه ٠

ثم مات المريض في ١٤ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفرسول والترابرسول ٠

فتحت الجثة فظهر انثقاب في الامعاء الدقيقة على بعد عشرة سنتمترات من

الاعور وكان جدار هذه الامعاء سريع التمزق وظهرت في غشاء الامعاء الغليظة والدقيقة آفات زحارية ممتدة الى بعد ٥٠ سنتمتراً من المصراع الدقاقي الاعوري

....

المشاهدة السادسة : أ . دخل مستشفى ازرع في ٦ حزيران سنة ١٩٢٧ مصاباً بزحار متحولي فائق الحدة : وكانت حالته العامة سيئة جداً ومواده الغائطة مدممة وجدار بطنه في حالة دفاع عضلي فعولج معالجة شديدة بالامتين وبالنوفرسنوبنزول حقناً في الوريد وبالمصل المضاد للزحار تحت الجلد فاستقرت الآلام في الحفرة الحرقفية اليمنى واستمرت الاقياء والحمى فاجرى عمليته في ١٢ نيسان الجراح هورد وشق البطن حسب خط ماك بورنه فظهر ان الاعور ملتصق بالجدار وان فيه صفحة موات معادلة مساحتها لمساحة قطعة الفرنك المعدنية . وقد اكتفي بهذا الشق وباخراج الافات لان حالة المريض العامة كانت سيئة لا تسمح باجراء اكثر من ذلك . فتقرحت الصفيحة بعد حين وتكوّن مكانها ناسور غائطي لم يلبث ان شفي عفواً . وعاد الجرح في اواخر شهر ايار مبرعماً وسائراً في طريق الاندمال .

وقد ارسل الجريح في ٣١ ايار الى مستشفى هنري فريزيه بدمشق وكانت حالته العامة لا تزال سيئة ومواده الغائطة لا تزال تحوي المتحولات فعولج ثانية بالامتين (٥ حقن وريدية كل منها ٠،٠٨ سنتغرامات) فالستروفرسنول «حبتين كل يوم» فاكمل الجرح سيره نحو الشفاء غير ان المريض عاودته نوبة زحار حاد في عشرين حزيران استمرت حتى ٢ تموز فعولجت بحقن الوريد بالنوفرسنوبنزول (٠،١٥ سنتغراماً كل ثلاثة ايام)

ثم ظهر في ١١ تموز خراج في جدار بطنه حذاء الندبة فشقت وظهر ان في الصديد مكورات عنقودية (ستفيلوكوك) وعاد الجرح الى الاندمال سائراً سيراً بطيئاً وظلت حالة الجريح العامة سيئة حتى ٢٠ تموز ثم اخذت تتحسن بعد معالجته بحقن الارنال واخذ الترابرسول (حبتان يومياً اربعة ايام متوالية)

ثم سافر المريض الى فرنسة في ٢٩ تموز سنة ١٩٢٧

....

المشاهدة السابعة: الدكتور ت ... أُصيب بزحار متحولي حاد في بيروت سنة ١٩٢٦ وظهرت المتحولات في غائطه . فلم يشف شفاءً تاماً على الرغم من معالجته بالامتين والزرنيخيات تكراراً لانه كان يعيش في بيئة ملوثة بالمتحولات . وقد أُصيب في تموز سنة ١٩٢٧ بقولنجات مؤلمة جداً ومتكررة ولم تكن المواد الغائطة في ذلك الحين عديدة ولا سائلة بل متماسكة . غير ان كتلتين من الغائط طرحتا وكانتا مغشاتين بمواد مخاطية ومصبوغة دماً . فعولج بالامتين حقناً تحت الجلد (٤ حقن في كلٍ منها ٠،٠٨ سنتغرامات) واكملت المعالجة بالترابرسول) (٣ حبات يومياً في كل منها ٠،٢٥ سنتغراماً) فاستمرت القولنجات غير انها تباعدت ثم عادت الى التقارب وشملت جميع البطن فعاد المشي مؤلماً والبطن موجعا ولا سيما في الجهة اليمنى .

واشتدت الالام اشتداداً فائقاً في مساء ١٩ تموز وبلغت الحرارة ٣٩،٩ واسرع النبض وعم الالم البطن جميعه ولم يعد الوقوف ممكنا ولا جس البطن مستطاعا دون ان يحدث تقفع فيه وكان جس البطن العميق ينبه الالم في ناحية الزائدة وجميع منطقة الاعور . وكانت علامة روزينغ ايجابية .

وكان المريض يتحمل هذه الاعراض على الرغم من شدتها غير انه لم يكن يستطيع تحمل خزرته الشديدة التي كانت تمثل له ان ظهره قد نشر عرضاً وتسلب من عينيه الكرى ٠

ولم تكن هذه المظاهر جميعها الا اعراض التهاب الاعور المتحولي الذي نبهت افكارنا اليها مشاهداتنا السابقة وما كنا شاهدناه على الجثث بعد فتحها

وقد عولج المريض بحقن الوريد بالامتين وبوضع محفظة الثلج على بطنه ولم تهبط الحرارة على الرغم منها الى الدرجة الطبيعية قبل اليوم الخامس اذ بدأت القولنجات بالتباعد غير انها لم تختف الا بعد هبوط الحمى باسبوع وكذلك القول في الخزرة (rachialgie) التي خفت خفة تدريجية وبطيئة ٠

٠ ٠ ٠ ٠

المشاهدة الثامنة : ب ٠٠٠ قاطن سورية منذ ٢٩ تشرين الثاني سنة ١٩٢٧ دخل المستشفى في ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٢٨ مصاباً باسهال منذ ثلاثة ايام وبحمى تتموج بين ٣٩ و ٤٠ وكان لسانه كتناً وكان يشكو الماً في الناحية الحرقفية اليمنى يظهر عفواً او حين الجس وينتشر الى الناحية القطنية اليمنى في الوراء ٠

وكان يشعر في هاتين الناحيتين (الحفرة الحرقفية اليمنى والناحية القطنية) بتورم يكاد يكون متموجاً ويوجه الانظار الى فلغمون حول الكلية ٠ غير ان هذا التورم كان اوضح في الامام عند الاعور وقد ظهرت بالفحص المجهري المتحولات في الغائط ٠ فشخص المرض التهاب الاعور المتحولي ٠

فحقن وريد المريض في الحال اربعة ايام متوالية بثمانية سنتغرامات امتين

يومياً ثم اكملت المعالجة باعطاء حبتين ستوفرسول في اليوم ووضع الثلج على ناحية الاعور وقطع الغذاء

فبدأت الحرارة بالنزول تدريجياً فبعد ان كانت ٤٠،٤ في ٢٩ كانون الثاني سقطت في ٣ شباط الى ٣٦،٨ وتقلصت الاعراض الاخرى ايضاً ٠

....

اتيح لنا ان نجمع هذه المشاهدات في زمن قصير. ويظهر منها ان تشخيص التهاب الاعور الزحاري سهل ٠ لان المريض يكون مصاباً في الوقت نفسه بزحار حاد شديد او يعتريه الالتهاب في سياق زحار مزمن ، وقد لا تعلو حرارته الا قليلاً او انها تبلغ ٤٠،٥ احياناً وتعتريه آلام بطنية شديدة مستقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى تزعج المريض شديداً وتحرمه النوم وينبه الجس السطحي منطقة دفاع عضلي ويظهر في ناحية الاعور تورم واضح بالجس وقد يظهر بالنظر ايضاً وهذه العلامة ثابتة تحققناها في اكثر مرضانا ويبدو صمم متى قرعت هذه الناحية ٠ اما سبب هذا التورم فهو الثرب الملتهب الذي تكثف وعاد كالمقوى والتصق بالاعور كما اثبتت لنا العمليات الجراحية ، وما هذا التفاعل الا علامة الدفاع الموضعي ٠ ويشعر في تلك الناحية بدفاع عضلي واضح بيد ان باقي الجدار لا يزال ليناً ٠ وتبدو هذه الاعراض واضحة كلما كان المريض هازلا وجدار بطنه رقيقا ٠ اما الالم في الحفرة القطنية والخزرة فتعلل بوذمة الخلب (البريطون) الجداري والربط (mésos) وارتشاحها ٠

وعدا هذا كله فالاسهال الزحاري الشكل يستمر ومتى سار المرض نحو الانبثاق ظهرت اعراض التهاب الخلب العام ولم تكن شديدة لان المريض يكون

قد ضعف دفاعه بسبب الزحار المصاب به · واننا نشبه هذا المشهد بمشهد انبثاق المعى في سياق الحمى التيفية ·

وننبه الافكار الى امر وهو ان الزائدة كانت في مشاهداتنا اذا استثنينا واحدة منها فقط سليمة لان الافات كانت مستقرة في الاعور · فالمرض اذن التهاب الاعور الحاد وليس التهاب الزائدة ولا التهاب الاعور الناشيء من التهاب الزائدة ·

وان التهاب الاعور الحاد قد تحقق امره في ايامنا فان الاستاذ برار (من ليون) رفع الى جمعية الجراحة سنة ١٩٢٠ حادثتي التهاب اعور اثر النزلة الوافدة كانتا قد ظهرتا بمظهر التهاب الزائدة ·

وقد نشرت المطبوعات الطبية (غرة شباط سنة ١٩٢٨) للافي وثايودورسكو حادثة التهاب خلب متقيح منشأه اعوري كولوني كانت فيه الافات شبيهة بالافات التي شاهدناها ·

وتلا ريكار في جلسة جمعية الجراحة في ليون (١٦ شباط سنة ١٩٢٨) ثلاث مشاهدات التهاب اعور حاد بدئية بدون التهاب الزائدة مع تفاعل خلبي · وذكر ايضا تافرنيه حادثتي التهاب اعور كانت الزائدة في كلتيهما سليمة · وقد قطع الكولون الايمن وكان الاعور في احداها متكثفاً وقد غرز تحت غشائه المخاطي عدد عديد من شعريات الرأس (trichocéphales)

اما افات التهاب الاعور المتحولي فتتبع النظام التالي في ظهورها :

اً — احتقان جدار الاعور والخلب الجداري ووذمتهما ·

٢ً — تقرح هذا القسم المتوذم تقرحات منحصرة في جدار الاعور · وقد

رأينا جميع ادوار هذه التقرحات في المشاهدات التي اوردناها . فهي تعادل بحجمها قطعة الفرنك او الفرنكين المعدنية وتسير من الباطن الى الظاهر فان جدار الاعور لم يكن مؤلفا في المشاهدة الثانية الا من المصلية وحدها . وفي المشاهدات الثالثة والرابعة والسادسة كانت على الاعور صفائح موات واضحة مشابهة للورق الساقط واضحة الحدود تماثل الصفائح التي تصادف في الفتوق المختنقة وكانت الغازات المعوية تنبعث من حوافيها وربما لم تكن الصفيحة واحدة بل وجدت صفائح في مريض واحد .

اما سبب التهاب الاعور هذا فهو ولا شك المتحولات الزحارية غير ان كثرة ظهور هذه الالتهابات في هذه السنة تدعونا الى ذكر اسباب اخرى مؤهلة: كاشتراك الزحار والبرداء كما اتضح لنا ذلك في المشاهدة الثالثة وكما هي الحال في المرضى الاخرين الذين يقطنون بلاداً موبوءة بالبرداء وما هم الا مصابون ببرداء مزمنة . واشتراك الزحارين العصوي والمتحولي وان يكن المخبر لم يثبت لنا ذلك غير ان استمرار الاعراض الزحارية على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفرسول والترابرسول يثبته . كل هذا يعد من الاسباب المؤهلة .

وقد نبه غرل الافكار في بحث «الزحار» المدرج في مؤلف «غرل وكلارك» عن امراض البلاد الحارة الى اجتماع الزحار والبرداء والى اشتراك نوعي الزحار .

ولعل للديدان المعوية الكثيرة في سورية دوراً في هذا الامر ايضا لان تافرنيه وجد تحت غشاء اعور قطعه عدداً عديدا من شعريات الرأس .

ولا ننس التعب المفرط الذي يقاسيه الجنود في اثناء الحركات العسكرية . فهو ولا شك من الاسباب المؤهلة المضعفة للبنية .

اما المعالجة الدوائية النوعية فيجب استعمالها متى شخص المرض وهي تكفي في بعض الاوقات متى اتجهت انظار الطبيب منذ البدء الى داء المتحولات وكوفحت الحالة قبل ان تتقدم الآفات · ولنا في المشاهدتين السابعة والثامنة برهان على نجاح هذه المعالجة فان الاعراض جميعها تقلصت فيهما بعد المعالجة النوعية وحدها ·

غير ان المعالجة الجراحية قد تكون واجبة ولا مندوحة عنها كما في التهاب الاعور المتقرح كيف لا والجراح يجهل قبل فتح البطن ما اذا كانت الآفة منحصرة في الزائدة او في نقطة معينة من الاعور · فان المريضين الاول والسادس شفيا والمريض الثاني عاش شهرين بعد العملية ولم يمت الا من نوبة زحار حادة جديدة طرأت عليه ·

ويجب بعد شق البطن ان نقطع الزائدة وتعالج الافات التي تبدو في الاعور: فتخاط النقطة التي قاربت الانبثاق اذا كانت الخياطة ممكنة او يخاط الاعور بالجلد ويحفض بالميكوليز لان اجراء عمليات شافية نعني بها قطع الاقسام المصابة لا يتحمله المريض المدنف ولا تجيزه آفات الامعاء المنتشرة فالاسراع في هذه الحالة هو خير ما يصنع ·

اما جراحو ليون فقد قطعوا الاعور والكولون في حادثة التهاب اعور شاهدوها ·

غير ان آفات المتحولات قد تمتد الى الامعاء الدقيقة ايضاً كما اثبتت المشاهدة الرابعة فتثقبها كما تثقب الاعور وربما انتشرت ايضاً الى القطعة الانتهائية من المعى الغليظ ·

الضنك ايضاً

كنا نشرنا في الجزئين السادس والسابع من هذه المجلة الحوار الذي دار بين زملائنا البيروتيين وبيننا عن الضنك وطريقة انتقاله ووعدنا القراء بنشر ما سيقال في هذا الموضوع لئلا تفوتهم النتيجة التي نتوخاها من هذه الابحاث الهامة ولما كان زميلانا البيروتيان الحكيمان امين ابو فاضل والامير رئيف ابي اللمع قد نشرا في المجلة الطبية العلمية لرصيفنا وصديقنا الحكيم غصن مقالتين عن الضنك وكنا قد رددنا عليهما رأينا ان ننشر هذه المقالات الثلاث لما فيها من الفائدة

« المنشىء »

المقالة الاولى

للدكتور امين ابي فاضل · بيروت

ايها الصديق القديم (١) اليك سلامي سلام مشتاق يحن اليك والى تلك الربوع التي كانت ناضرة والى تلك الايام التي كانت زاهرة والى هاتيك الآمال التي كانت جميلة باهرة · فعليك وعلى تلك التذكارات الغابرة الف سلام وسلام ·

اما بعد فقد شاقني ما كتبت منتقداً بل مخطئاً ما ورد في تقرير جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت عن العامل الناقل للعدوى في داء الضنك ·

وراقني سير واسلوب المناظرة اللطيف بينك وبين الزميل الجميل · فقد اتفقتما بآدابكما الجمة واخلاقكما الراقية واختلفتما بنظرياتكما الفنية وابحاثكما العلمية · فما اجمل المحافظة على آداب المناظرة وآداب الطبابة وما احرى جميع المتناظرين

---

(١) هو يخاطب رئيس الانشاء الحكيم مرشد خاطر ·

والمتشادين ان يجروا على خطتكما وان ينسجوا على منوالكما الكان ذلك ابقى واسمى

اردت قبلاً ان ارد على انتقادك لانما تسرعك في الحكم ناكراً حتمك في الامر فلم اتمكن اذ كيف ينطق من في فيه ماء

وقد كانت مياه الاكدار ونوائب الايام ومعاكسات الدهر تكمُّ فمي وتصدمُ دماغي وتأخذ بخناقي فاحجمتُ طبعاً وصبرت حتى نضبح بعض الماء وصار يمكنني النطق ولو بصعوبة فقلت

معلوم ان هذا الداء المسمى الضنك والاصح المدّة كما ورد عند العرب مجهول الجرثوم ومجهول طريقة السراية تقريباً . قلت تقريباً لان ثقاة الفن والمتخصصين بدرس هذا الموضوع مع وفرة عددهم وُعددهم ووسائطهم لم يزالوا بين الشك واليقين .

فاطباء الهند يقولون ان الكولكس هو الناقل واطباء شواطئ الاتلانتيك والفلبين يقولون هي الستيغوميا وغيرهم يقول هو السكّيت او ناخز الوريد وبعضهم كالاستاذ مرشد واعوانه ممن اخذ عنهم يقولون بالعدوى بالملامسة ويبرئون جميع هذه الحشرات المسكينة المظلومة ويضعون كل مسئولية في القاء التبعة عليها وتجريها على عاتق الطبيب جميّل ورفاقه فيا ويلهم ان تبرأت ويا لندامة مرشد ونصراؤه ان ثبت الجرم وكان دفاعهم لتبرئة اثيم مجرم .

فهذه الدعوى لم تزل كما يظهر قيد درس القضاة وبحثهم وقد توفرت الادلة ورجحت كفة الاتهام لادانة البعوضة اللعينة لا المسكينة . اذ تُبرم الأحكام باكثرية الاصوات المسئولة ان كان ثمت خلاف ما

وكم من بريءٍ ظُلم وجانٍ تبرأ .

لايمكننا ان نعتمد على اختباراتنا الشخصية اوعلى ملاحظاتنا السريرية لكشف حقيقة الجرثوم و كيفية انتقال العدوى مع ان المرض قاطن بيننا نشاهده اكثر مما يشاهده الاجنبي . ولكن اي فرد اوجماعة منا امكنها ان تخصص وقتها ومالها واقتدارها لسبر غور هذه المسألة ؟

واي مثر من اغنيائنا برز فأفرز مبلغاً ولو زهيداً لقضية علمية كهذه كما هو جارٍ في بقية بلدان العالم ؟

واي حكومة من حكوماتنا خصصت في ميزانيتها قدراً كافيا من المال ووضعته بين يدي رهط من الاطباء القديرين لدرس وتحري واستقصاء اسباب العدوى في امراض قاطنة بلادنا كهذه والنزلة الوافدة على الاقل ؟

وهذا ليس بالامر غير المستطاع . ولا شك انه لو توفر لاطبائنا ما توفر لغيرهم لاتوا حتماً بما لا يقل عنه اولئك . ولجعلوا لنا فخراً بكشف ما لم يقرّه غيرنا بعد وسطروا لنا اسماً خالداً مرفوعاً بين اطباء العالم الذين انضووا تحت لواء البحث العلمي المفيد . وكان حينئذٍ يُشار الينا ويستشهد بنا عوضاً عن ان نأخذ عن غيرنا ونتبع ما قالوا وما كتبوا .

وفي هذا جواب للزميل الكريم القائل في الجزء التاسع من هـذه المجلة « فعلينا اذا كنا نرغب في حل عقدة الضنك السوري وطريقة انتقاله ومعرفة عامله المرضي ألاّ نوجه انظارنا شطر الهند واستراليا والفيلبين منتظرين من تلك الاقطار نوراً متألقاً يبدد هذا الظلام بل علينا ان نكون مصدر هذا النور ومبعث هذا العمل لان داءهم غير دائنا ولان ما يقال عن ضنك الهند والفيليبين وسواها لا ينطبق على الوباء الذي نصادفه ولا يصح ان يكون مستنداً نستند

اليه في تعليل ما نراه هنا » عبارة فصيحة ونظرية باهرة وامثولة نافعة ولكن رعاك الله اين هو مصدر النور المتألق عندنا ومن اين نأتي به واي مستند يُركَنُ اليه نستند عليه ·

قل لي بربك هل بحثت مع زميلك الاستاذ ترابو ومَن يقول قولكما الحتمي عن جميع انواع البعوض في البلاد السورية واطلقت من هذه الانواع المختلفة على المصابين بالضنك السوري كي تمتص من دمائهم وتُصاب بدائهم وجعلتها تلدغ طائفة من الناس سليمة بعيدة عن مبعث الداء وبيئته ملقحةً اياها وراقبتها بعد مدة الحضانة لترى النتيجة ؟ فان كنت لم تجر ذلك لعدم توفر الوقت والوسائط

كان نورك سراباً ومستندك واهياً

والحق يقال ان نورك ليس بأسطع من نور زملائك البيروتيين ولا مستندك العلمي بأمتن من مستندهم بل يخيل لي ان النورين لا يبددان الظلام الدامس تماماً وان المستندين لا يمنعان العثار الممكن على ان احدهما نوره ابهى ومستنده اقوى اعني به البيروتي المستمد من نورٍ اكيد ولو بعيد ·

وما زلنا نعرف ونعترف ان تلك الانواع من الضنك التي تسميها كاذبة تتسبب عن البعوض فلماذا لا نحسبها فئات من الداء ذاته مختلفة عن بعضها وعن داء بلادنا اختلافاً اقليمياً ولكنها كلها ضنك بضنك عاملها الناقل واحد في الاصل قد يختلف في الفرع على ما يذهب اليه الكثيرون ممن درسوها وتحروها في اماكنها ·

ألا تختلف انواع البرداء بين مكانٍ واخر ولكنها كلها برداء ودواليك في غيرها ايضا ·

وعلى هذا الاساس أليس من المعقول الاقرب ان ننسب نقل العدوى الى البعوض في جميعها فنكون قد استندنا على مرتكز ولو غير متين على زعمك من ان ننسبه للملامسة ونكون غير مستندين على اساس ولو واهٍ ؟ لماذا نستثني هذا الضنك السوري فقط متنصلين من عدواه البعوضية كنظيراته عادين من ذهب هذا المذهب واهماً مخطئاً متعثراً باذيال الضلال؟ ان في ذلك لمنتهى الغرابة

لا وهم هنالك ولا ضلال انما تقدير واعتقاد مبنيان على الملاحظة والاقتباس من الغير كما لاحظت واقتبست انت ايضاً ايها الاستاذ العزيز الكريم · أتحسب ذاك خطاءً وضلالاً لان هـذا الضنك نفاطي وبائي كما تزعم ؟ اليست الحمى النمشية نفاطية وبائية الم نكن نعتقد قبلاً انها كانت تنتقل بالملامسة ؟ وقد ثبت الان انها تنتقل بالتلقيح كهذه ؟

اذلك لان هذا الضنك لا يظهر في كل سنة ولا يعم جميع احياء المدينة ولا يغشى عموم القرى ؟

اي داء يسير هذا السير المزعوم هل البرداء تظهر كل سنة بذات المكان مع وجود البعوض دائماً ؟ الم نلاحظ انها تكثر حيناً في بيئة ملوثة وتختفي احياناً من ذات المكان ؟ وهل الحمى النمشية وغيرها تفشو البلاد في كل سنة مع وجود القمل الدائم ؟ ·

اتتعجب من وجود الداء في باب توما وقلة وجوده في الشاغور مثلاً ؟ ألا يمكننا ان ننسب ذلك لتلوُّث بعوض باب توما اكثر من بعوض الشاغور ؟

في الصيف الماضي شاهدت اصابات برداء عديدة في القسم الجنوبي من سوق الغرب اثبتها الفحص المجهري ولم يحدث ولا اصابة واحدة في بقية جهات

البلدة لان البعوض الموبوء كان في تلك الجهة فقط ولم تطرأ عليه ظروف مناسبة لانتشاره في باقي الجهات ·

أذلك ايضاً لان انواع البعوض التي تسبب فئات الضنك الاخرى معدومة الوجود عندنا ·

ألم يخزنا السكيت ويعكر راحتنا وسكوننا ·

وهل ثبت حتماً ان الكوالكس لا يمكن ان ينقل الداء ·

يقول الاب دي فرجيل انه لا يزال تحت الريب ·

وهل ثبت ايضاً انه لا توجد انواع ثانية من البعوض السوري يمكن ان نلقي عليها الشبهة · ان المستقبل وحده كشاف لما لا نعلم ·

اذلك ايضاً لان الضنك ظهر في اعالي الجبال ولا وجود للبعوض هنالك · منذ سنتين خلتا فقط كنا في ظهور الشوير التي تعلو نحو ١٢٥٠ متراً عن سطح البحر وفي ذلك المكان المرتفع لم نتمكن من النوم بدون الكلال وذهبت الى مكان يدعى بقليّع يعلوا اكثر من ١٥٠ متراً عن ظهور الشوير وهناك هناك التقيت ايضاً بذاك المخلوق الثقيل ·

أذلك لان احدى الغسالات سببت انتشار الداء في بيوت خمسة ألا يجوز ان يكون قد لدغها البعوض ولقح اولئك · فوالحالة هذه بقي علينا ان نمحص نتيجة ما اختبره غيرنا ولو في الهند والسند محكمين في ذلك عقلنا وملاحظاتنا مرجحين احدى هاتين النظريتين استناداً على العدد الاوفر والالمع من البحاثين الاعلام غير حاتمين حتماً قاطعاً ولا مثبتين اثباتاً كلياً

اما المثل الافرنسي الذي اوردته بهذه المناسبة اي · · · «ان مثل من يجعل ضنك

بقية البلدان والضنك السوري في فئةٍ واحدة مثل من يزوج السمكة بالارنب » عذراً ان قلت انه لا ينطبق على واقعة الحال انما ما ينطبق على ذلك قولنا مثل من يزوج سمكة البحر المتوسط بسمك البحر الهندي وارنبة الفيلبين بارنب سوريا ولا بد من وجود التفاوت بين السمكتين والارنبتين لاختلاف المكان والمرعى ولتنوع الاقليم ٠

كما يقال ان افاعي الهند اشد سماً من افاعي سوريا وان الدب الابيض في سيبيريا يختلف شكلاً وحجماً عن دَبَبة جبال سوريا ٠ وان الجراد النجدي غير الجراد الهندي وهلم جرا ٠

اما من جهة الاختلاطات والعراقيل التي تصيب المبتلين بهذا الداء هل نحسبها عضالة خبيثة يخشى شرُّها ويستفحل امرها ؟ كلا

قد شاهدت كثيراً من اختلاطاتها كما شاهد غيري من نزف انفي غزير ونزفٍ حيضي غير منتظم وخوار قلبي بسيط وانحباس في البول مع وجود آثار آحية وتجاوز في مدة الحمى لا كثر من اثني عشر يوم ولكنها كانت كلها سليمة لم تترك اثراً يخشى الا ما ندر والنادر لا يقاس عليه ٠

وقد لاحظت ان هذه الاعراض كانت تصيب المستعدين لها فقط ٠ فسم الضنك الخفيف كان ينبه « ويداعب » ما كمُن واختبأ من ضعفٍ عضوي ثم يغادره برشاقةٍ (وزلاقة) فيرجع الى ما كان عليه قبلاً ٠

واني انسب الشلل والقلاب وكل تلك الاعراض الخبيثة التي ذكرها الزميل الى سُمّ النزلة الوافدة القتال الذي قد يأتي جميع الموبقات والنوازل فلا يُبق ولا يذر حينما يشترك احياناً مع الضنك ٠

وختاماً اقول ان كنت ايها الصديق العزيز الذي سيحضر المؤتمر الذي سيعقد في القاهرة حيث يجتمع اكثر اختصاصيي امراض البلاد الحارّة من سائر اقطار العالم فاني اتمنى لك نجاحًا باهراً وفوزاً مبيناً راجياً ان يكون سلاحك امضى وعدتك اوفى ومستندك اقوى

فحينئذٍ يكون النصر حليفاً لك و يصبح نورك متألقاً فنستنير بسنائك وننضوي تحت لوائك ·

حماك الله ووقاك من ضنك الهند ومن ابي ركب الفيلبين وفوق الكل من هدّة سوريا المخيفة الهائلة

وكان لك عوناً وهادياً في ترحالك وايابك ·

· · · ·

تنبيه : نشرنا هذه المقالة والمقالة التي تليها نقلاً عن المجلة الطبية العادية دون ان نبدل فيهما حرفًا



المقالة الثانية

للاستاذ الحكيم الامير رئيف ابي اللمع

صديقي وزميلي المحترم (١)

رغبت الي كرماً ولطفا ان ادلي برأيي في انتقال حمى الضنك بمناسبة الحوار الطبي المفيد القائم بين الحكيمين جميل وخاطر و «حلفائهما» فاشكر لك هذه الثقة وارجو ان اكون عند حسن ظنك بي

ولكي اكون على بينة تامة من نقطة الخلاف اعدت ثانية درس مقالات الحكماء المشار اليهم بكل دقة وانتباه ولشد ما كان عجبي عند ما رأيت ان نقطة الخلاف الاساسية تطورت فتغيرت تغيراً تاما عما كانت عليه في الابتداء

انتقد اولا الحكيم الاستاذ مرشد خاطر جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت لسوء الها الحكومة الاهتمام بامر اتلاف البعوض لانه ينقل جرثومة حمى الضنك وذهب في مقاله الى هذه الامور

اولا : ان قول غراهام بانتقال الضنك بواسطة الكولكس وقول بانكروفت بانتقاله بواسطة الستيغوميا لم يرد ما يثبتهما ولم يسلم بهما المختبرون والمؤلفون

ثانياً : ان مرض الثلاثة الايام هو غير مرض الضنك

ثالثاً : ان الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض بل بملامسة المريض للسليم

رابعاً : ان انتقال حمى الضنك للحيوان محتمل

خامسا : ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تنطبق على هذه

(١) يوجه كلامه الى صاحب المجلة الطبية العلمية الحكيم فؤاد غصن

الحشرات وهو يغزو بلاداً لا اثر فيها للبعوض

سادسا: ان الاشتراك القلبي كثير في الضنك و يكون احيانا مميتا

فليسمح لي الزميل الفاضل - الذي اعرفه بعلمه وادبه وشهرته دون ان اتشرف بمعرفة شخصه — ان اخالفه في كثير من هذه النقط التي يلقيها بلغة جازمة وقول قاطع كانها حقائق مقررة مع افكار واراء خاصة لم يقم عليها دليل علمي بعد ولم يوافقه عليها ثقة

اولا: ان قول غراهام وعرداتي بانتقال الضنك بواسطة الكولكس وقول بانكروفت بانتقاله بواسطة الستيغوميا قد اثبته كثير من المختبرين والمؤلفين غير ان الذي لم يثبتوه هو وجود متحول (اميب) في الكريات الحمراء فقط

ان (مانسون و كستلاني) استاذي مؤسسة امراض الاقاليم الحارة الانكليزية في لوندره هما بعرف الاكثرية الطبية العالمية اعلى حجة في هذه الامراض الان . فها كم ما يقوله كل منهما بهذا الخصوص :

قال (مانسون في كتابه امراض الاقاليم الحارة) الطبعة الثامنة صفحة ١٨٧ (مرض الضنك حمى تنتقل بواسطة الستيغوميا ويمكن انتقالها بواسطة البعوض) ؟

وقال صفحة ١٨٨ ما ترجمته : ان حمى الضنك تكون غالبا على الشواطئ البحرية او في البلاد القريبة منها حيث تكثر المياه والانهر والاودية وسبب ذلك على الارجح كثرة السكان وسهولة المواصلات ووجود البعوض هناك

وقال (كاستلاني في كتابه الشهير عن امراض الاقاليم الحارة الطبعة الثالثة صفحة ١٢٤٦ : (حمى الضنك نوعان . النوع الاول ينتقل بواسطة الستيغوميا

والثاني ينتقل بواسطة البعوض) : ومن اعظم الذين عملوا في سبيل اكتشاف جرثومة الضنك وكيفية انتقالها من المريض الى السليم اشبرن وكريغ وارشيبولد في الهند والبلقان والسودان فتوصلوا متفرقين الى تقرير ما يأتي :

(ان جرثومة الضنك توجد في المصل الدموي مدة وجود الحرارة كلها ولكنها لا تُرى نظراً لصغر حجمها تحت عدسية المجهر . وانها تمر بسهولة من مسام مصفاة شمبرلند وانه اذا اخذنا مصل المريض وحقنا به السليم تولّد فيه بعد حضانة ثلاثة الى عشرة ايام ضنك تام . اما انتقالها الطبيعي فبواسطة البعوض او الستيغوميا في الغدد اللعابية)

اما استاذي الاستاذ تانون في مؤسسة امراض الأقاليم الحارة في جامعة باريس فيقول في مجلة العالم الطبي سنة ١٩٢٦ صفحة ٣٦١ : ان مقاومة الضنك تنحصر الان في مقاومة البعوض

فهل من غضاضة اذاً على اطباء بيروت اذا اتبعوا في عقيدتهم الطبية اعظم اساتذة مؤسسات امراض الاقاليم الحارة في فرنسا وانكلترا واميركا وهي المؤسسات الوحيدة في العالم لهذه الامراض ؟

ثانياً : ان مرض الثلاثة الايام هو غير مرض الضنك

ولا ادري من جادل الحكيم خاطر والحكيم ترابو في هذا الامر واجهل من نازلهما في هذا الميدان . انني اؤكد للزميلين الكريمين ان الحكيم جميل وسائر الزملاء في جمعية الاطباء والصيادلة يعلمون حق العلم ايضاً ان هناك مرضين مختلفين احدهما يدعى حمى الثلاثة الايام والثاني يدعى الضنك ولم يخطر لأحدهم ان يخلط — على لغة الدكتور خاطر — بين هذا وذاك

ثالثاً : ان مرض الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض بل بملامسة المريض للسليم ·

وهنا يسمح لي ايضاً الزميل الحكيم ان الاحظ على ذاك الحكم الجازم الذي قلما يجسر عالم على القطع بمثله حتى في الامور المسلَّم بها علمياً فكم بالحري في نظرية خاصة لم يقم عليها دليل وارجح انها فاسدة ؟

يقول الحكيم خاطر ان الضنك ينتقل بملامسة المريض للسليم (وذاك ما لا نشك فيه اقل الشك) ولماذا ؟

(لان الضنك لا يغشى البلاد كل سنة بل يأتي اليها وافدات ثم يغيب عنها سنوات · فلو كان الضنك ينتقل بالبعوض لكان ظهوره كل سنة امرا محتما كالبرداء لان البعوض ينقف كل سنة) ؟ ولكنني لا اشك ان الحكيم خاطر يعتقد ايضاً ان حمى التيفوس تنتقل بواسطة القمل والقمل موجود دائما فلماذا لا توجد التيفوس دائما ايضا ؟

وان الحمى الراجعة ينتقل نوع منها ايضا بواسطة القمل والقمل موجود دائما فلماذا لا تبقى الحمى الراجعة على الدوام مع القمل بل تغشى البلاد — نظير الضنك — سنة وتغيب سنوات ؟ ان الضنك مثل كثير غيره من الامراض يأتي وافدات تدوم الواحدة منها شهورا وسنوات وبين هذه الوافدات يوجد دائما حوادث افرادية متفرقة تبقي جرثومته حية الى الوافدة الثانية · وهنا اميل الى الاعتقاد ان سبب الوافدة الجديدة يكون على الاكثر حدثا جديدا في حياة البعوض يجعله اكثر قابلية لنقل الامراض وليس من مناعة كما يعتقد الحكيم جميل في اجسام الناس

رابعا : ان انتقال حمى الضنك للحيوان محتمل

انني اخالف الحكيم خاطر تماما بهذا الامر لانني لم اعثر على عالم واحد ثقة يقول انه استطاع نقل هذا المرض الى حيوان فضلا عن اني في وافدة الضنك الاخيرة جربت شخصيا حقن الدم وماء النخاع الشوكي للسنور والارنب والجرذون والفارة البيضاء في جميع الادوار بدون اقل نجاح في اعطاء الداء للحيوانات · ولقد جرَّب كستلاني ايضا اعطاءه للسعدان فلم ينجح فهو من هذه الجهة كالبرداء

خامساً : ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تنطبق على هذه الحشرات وهو يغزو بلادا لا اثر فيها لهذه الهوام

كانت بورت سعيد وقناة السويس عرضة لانتشار الضنك فيها كسائر البلدان الواقعة على شواطئ البحر الاحمر والبحر المتوسط وما ان شرعت هيئة القناة الصحية بمحاربة البعوض واتلافه لتخليص السكان من وطأة الملاريا سنة ١٩٠٧ حتى تقلص ظل الضنك ايضا على الرغم من وجوده بكثرة في مصر وسوريا وفلسطين · فكيف يعلل حكيمنا هذا الامر ؟

انني لا انكر ان بعض حوادث وقعت في امكنة لا اثر للبعوض فيها ولقد ذكروا وقوع حادثة على علو ٥٠٠٠ قدم عن سطح البحر · ذلك لا ينفي عمل البعوض بنقل الضنك وليس ذلك بالامر الغريب في عالم الطب فالحمى الراجعة مثلا قسمان قسم ينقل بواسطة القمل والقسم الاخر بواسطة القرادة ورغم اختلاف العوارض السريرية والطفيليات الناقلة فالمرض واحد لا اثنان

سادساً : ان الاشتراك القلبي في الضنك كثير الوقوع واحياناً يكون مميتاً ·

ان الاشتراكات محتملة الوقوع في جميع الامراض خصوصا في الامكنة القليلة المقاومة والاكثر ضعفا في الجسد وكم من مرض بسيط نبه مرضا خبيثا كان كامنا لم يشعر به احد . فلا يصح والحالة هذه ان نحسب اقامة ذاك المرض الثاني اشتراكا بسيطا تأتى رأسا من اعراض المرض الاول

. . . .

وصلت في بحثي الى هنا وانا واثق ان الحكيمين المحترمين يوافقاني على كل ما اتيت به لان الحقيقة . الحقيقة المجردة . الحقيقة الصافية . الحقيقة الخالدة هي قبلة آمالنا جميعا وهي رائدنا الاوحد في جدلنا العلمي

ولكن حدث هنا ما لم يكن في الحسبان فقد ولّى الحكيمان وجههما شطر ناحية ثانية وخرجا بالمباحثة عن نهجهما الاول واتخذا رأياً غريباً جديدا وهو ان الضنك الذي يغشى بلادنا من حين الى اخر هو غير الضنك المعروف في غير بلاد ؟

ومما زاد في دهشتي واستغرابي ان الحكيمين المحترمين خاطر وترابو في هذه المجلة نفسها في صفحة ٤٢٩ من الجزء الثامن قالا بوجود نوعين من الضنك احدهما للبحر المتوسط والثاني للبلاد الحارة ولكنهما ادمجاهما في قافلة واحدة وقالا عن الاثنين انهما مرض وبائي سار من الانسان الى الانسان — اي بدون واسطة البعوض — تمييزا لهما عن حمى الثلاثة الايام التي هي "مرض غير سار من الانسان الى الانسان بل ينتقل بواسطة البعوضة الواخزة للوريد" . فماذا جرى حتى خرجا عن رأيهما الاول وغيرا موضوع المباحثة وقالا في الجزء الثاني عشر صفحة ٦٣١ : «نحن نقر بانتقال ضنك الهند بواسطة الكولكس والستيغوميا» — مع انهما كما قلت سابقا وضعا ضنك البحر المتوسط وضنك الهند معا في صف

واحدوقالاانهما لا ينتقلان بواسطةالبعوض بل راسا من الانسان الى الانسان ؟؟؟—
اذا اتفقنا الان على ان الضنك الموجود في الهند وفي استراليا وفي الفليبين وعلى شواطئ البحر الاحمر وشواطئ الاتلنتيك هو واحد و ينتقل بواسطة الكولكس والستيغوميا ، فلم يبق علينا الا ان نعرف هل ان ضنكنا من هذه الفصيلة ام لا؟

انني نقبت كثيرا وفتشت بالحاح فلم اجد احدا من الثقاة يقول بهذا القول

اخذت تانون وجواياه و كستلاني ومانسون وارشبولد ودهبران وتيسياه وجميع الذين نقرأ كتبهم فوجدتهم جميعهم « موحدين » بالضنك ولم اسمع بعد «بمشرك » سوى ذاك الذي نقلتم عنه «واشركتم » معه : رودجر ؟

نعم هناك اختلاف في الاعراض السريرية بحسب الطفيلية الناقلة و بحسب الاقليم و بحسب الاشخاص — وانتم اعلم بذلك وادرى— ولكن ذاك الاختلاف السريري لا يجعل الواحد اثنين واذا ما اردنا تقسيم الامراض بحسب اعراضها السريرية فقط وجدنا عددها عدد المرضى انفسهم اذ انه يوجد كما يقولون — مرض لا امراض

تلك ملاحظات بدت لي فابديتها ورائدي الاخلاص والاحترام لاراء الحكيمين العالمين غير مدع عصمة ولا حكمة في ما اقول وفوق كل ذي علم عليم



المقالة الثالثة

الضنك ضنكان

رد الحكيمين ترابو ومرشد خاطر الاستاذين في معهد الطب بدمشق

قرأنا ما كتبه حضرة الحكيم الاستاذ الامير رئيف ابي اللمع في الجزء الثالث من سنة المجلة الطبية العلمية السادسة عن رأيه في انتقال الضنك وطالعنا منذ ثلاثة اشهر مقالاً آخر في الموضوع نفسه للحكيم امين ابي فاضل نشر في الجزء الثاني عشر من سنة المجلة الطبية الخامسة وكان احدنا قد بدأ بإعداد رد على المقال الاول فمنعه عن اتمامه ونشره مصاب فادح حل به فبلبل افكاره واوقفه عن متابعة اعماله · وقد ظننا بعد هذا الصمت الطويل ان الباب قد اقفل وان ما قيل في الضنك من الاراء المختلفة كافٍ لإيقاف القراء الكرام على ما يقوله دعاة انتقال الضنك بالبعوض ومضادوهم فاذا بالامير الفاضل يعود الى فتح هذا الباب واننا لنرحب اشد الترحيب بمناظر كريم كالامير اشتهر بعلمه وادبه سائلين من حضرته ان يسمح لنا بمناقشته في النقاط التي اوردها في مقاله ·

ولا بد لنا في بدء هذه المحادثة اللطيفة مع حضرته من تقرير امر يدور عليه محور الجدال وهو تمييز ضنك الهند واستراليا والفلبين وغيرها من البلاد الحارة عن ضنك شواطىء البحر المتوسط ذلك لان المرضين يختلفان بكثير من اعراضهما وهذا ما لا ينكره حضرة الامير كما يتبين من مقالته فالضنك الاول مرض فصلي يظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض ولا نفاط فيه

والضنك الثاني مرض لا يصحّ ان يسمى فصلياً لانه وان يكن يبدو دائماً في فصلي الصيف والخريف فهو لا يظهر كل سنة ظهوراً منتظماً وقد يغيب

مدة طويلة عن بلد من البلدان كما كان لليونان في وافدة هذه السنة فان اثينا لم تره كما اثبت ذلك اطباؤها منذ عشرين سنة · وهو عدا ذلك مرض نفاطي كما شاهدنا في وافدة السنة الماضية التي غشت سورية وكما اثبت الحكماء اليونان في وافدة هذه السنة ·

الضنك الاول مرض يظهر في الصيف كما تظهر البرداء فيصيب من سكان البلد الذي يظهر فيه من يتعرض للسع البعوض وينجو الباقون ولا تعد اصاباته بمئات الالوف

الضنك الثاني مرض يفد كما تفد الاوبئة ويتفشى تفشياً شديداً حتى ان اصاباته في اثينا بلغت ببضعة ايام اربعمائة الف اصابة دون ان يعفى منه من وقى نفسه لدغ الناموس او من تعرض له

نقول هذا لنبين ان المرضين يختلفان اختلافاً شديداً من الوجهتين السريرية والوبائية فاذا جاز لنا الجدال في امر انتقال كل من المرضين فلا يجوز لنا على ما نرى ان نوحدها من الوجهة السريرية واعراضهما مختلفة كل الاختلاف من وجوه عديدة واذا جاز لنا ان نقارب اعراض كل من الضنكين من الآخر وننسب اختلاف الاعراض السريرية للطفيلي الناقل او الاقليم او الاشخاص على رأي حضرة الزميل فلا يجوز لنا على ما نرى ان نوحد مرضاً نفاطياً وآخر غير نفاطي وندمجهما فنجعل منهما مرضاً واحداً لانهما يحملان اسماً واحداً او لان بعض اعراضهما متشابهة وإلا جاز لنا ان نجعل نوعي الزحار العصوي والمتحولي (الاميبي) مرضاً واحداً لانهما يحملان اسماً واحداً ولان اعراضهما متشابهة كل التشابه واننا نعتقد كما يعتقد زميلنا الفاضل بانتقال ذاك الضنك الكاذب

او ضنك البلاد الحارة اذا كانت التسمية الاولى لا تروق لحضرة الامير بالبعوض الارقش و(ستاغوميا) والكولكس كما اننا نعده منذ الان بقبول فكرته في انتقال ضنك البحر المتوسط بالبعوض متى أُجريت على هذا الاختبارات الدقيقة التي أُجريت على ذاك واستنتج منها ما يوافق فكرته ويخالف فكرتنا لان غايتنا كغايته التنقيب عن العلم والسير وراء الحقائق ليس غير

اما روجر الذي يعده الامير «مشركاً» ويلقبنا معه «مشركين» فهو ذلك الدماغ المفكر الذي درس الضنك في كلكوتا زهاء عشرين سنة وهو الذي كشف خواص الامتين الناجعة في الزحار فلا غضاضة علينا اذا اتبعناه في شركه بعد ان بدأ لنا منه انه على صواب في ما يقول .

غير ان روجر ليس وحده مشركاً كما يظن حضرة الزميل بل ان غرل(Grall) مشرك ايضاً نظيره حتى ان دبرون لا يقل في الشرك عنهما ولو عده حضرة الامير من الموحدين لانه عرف الضنك في رسالته التي نشرها في مجموعة فيدال بقوله «انه مرض وبائي ومعد» ونضيف الى الائمة المشركين السواد الاعظم من اطباء اليونان الذين بعد ان درسوا الوافدة التي اجتاحت بلادهم هذه السنة درساً دقيقاً جارونا في هذا الشرك هذه هي اراؤهم التي ابدوها لاحدنا حين زيارته لاثينا في صيف هذه السنة لدرس هذه الوافدة والاطلاع على اراء اليونانيين فيها وانهم سيبعثون بمقالات ضافية عن الموضوع الينا لتنشر في جزء خاص من مجلة امراض البلاد الحارة الفرنسية سيتولى انشاءه احدنا واننا لنسر ان نرى الى جانب ارائهم وآرائنا اراء زملائنا البيروتيين .

اما لائحة الموحدين الذين اورد اسماءهم زميلنا الفاضل فاننا نحني الرؤوس

إجلالا لهم ولعلمهم فان مانسون و كستلاني قد درسا الموضوع درساً ضافياً غير انهما درسا ضنك البلاد الحارة ولم يدرسا ضنكنا وما الكلام الذي اورده حضرة الزميل عنهما الا كلام قالاه في ذاك الضنك لا في ضنك البحر المتوسط ونحن لا ننكر ابداً ما قالاه بل اننا لا نزال نردد حتى اليوم ان ضنك البلاد الحارة مرض بعوضي غير ان ضنكنا الذي يختلف عنه باعراضه السريرية وطريقة تفشيه مرض غير بعوضي واننا لنأسف للتعب الذي تكبده حضرة الامير في نقل اقوال اولئك الثقاة عن ضنك البلاد الحارة لاننا لاننكره ولا نخالفه فيه وكذلك القول في كريغ وفسال وغيرهم الذين اجروا اختباراتهم في الهند والسودان ولم يجروها في بلدان البحر المتوسط

اما الاختبارات التي أُجريت في البلقان وذكرها زميلنا الفاضل ليدعم بها فكرته فليست من هذا النوع لان هذه الاختبارات قامت بها البعثات النمساوية والايطالية عن حمى الايام الثلاثة لا عن الضنك واننا ندعوه، اذا كان الشك يخالجه ، الى قراءة البحث الذي كتبه دبرون عن هذه الحمى في مؤلف روجه وفيدال وتيسيه ليتحقق ما نقول فنحن نرى زميلنا يخلط بين ما كتب عن الضنك وحمى الايام الثلاثة مع انه قد استغرب كل الاستغراب قولنا في مقالة المسابقة ان الكثيرين يدمجون حمى الايام الثلاثة والضنك ولا يميزون الواحدة عن الاخرى مع انه يعتقد تمام الاعتقاد بان المرضين مختلفان لا قرابة تجمعهما فنحن بدورنا نذكر حضرة الزميل بان الابهام واقع حتى الآن وبان تلك الاختبارات البلقانية لا تصح ان تكون مستنداً لدعم حجته عن الضنك .

واما تاتوف الذي اورد زميلنا كلامه المدرج في مجلة العالم الطبي (سنة ١٩٢٦

الصفحة ٣٦١) وهو « ان مقاومة الضنك نقوم الان بمكافحة البعوض » فلا يتكلم عن ضنك البحر المتوسط بل عن ضنك البلاد الحارة · اننا كزميلنا نجل تانون ونسترشد بابحاثه واقواله غير اننا نؤكد لمناظرنا الكريم كل التأكيد ان اراءه عن ضنك البحر المتوسط لا تختلف عن ارائنا وان تعاليمه لتلامذته توافق ما ذكرناه في مقالاتنا وانه لم يتردد في الصيف الماضي عن ابداء ذلك شفاها لأحدنا الذي حادثه ملياً في الموضوع ·

واما الان وقد انتهينا من لائحة المشركين والموحدين المؤمنين فلنعد الى النقاط الاخرى فنقول :

يسألنا حضرة الزميل لماذا لا يظهر الربيض (الحمى النمشية أو التيفوس) في كل سنة مع انه ينتقل بالقمل والقمل موجود دائماً ولكن ليسمح لنا الزميل الفاضل بالقول ان الربيض لا يظهر الا في زمن الحروب وفي السجون التي لا تراعى فيها القواعد الصحية اي حيث يكثر القمل فالقمل وان يكن موجوداً في زمن السلم فهو قليل العدد اما البعوض فلا يصح ان يقال فيه ما يقال في القمل فهو ينقف في كل سنة بالوف المليارات فكان الاحرى به ان ينشر الضنك في كل سنة ·

ومتى عرفنا ان اثينا مدينة فقيرة بالمياه وان البعوض فيها قليل للغاية وانه لم ينقف هذه السنة اكثر من السنوات السابقة وان ثمانين بالمائة من سكانها قد أصيبوا خلال اسبوعين بوافدة الصيف الماضي التي انتقلت اليهم من اسيا الصغرى وان الوباء كان يدخل البيت فلا يترك فيه واحداً سليماً كما جرى في سورية السنة الماضية حق لنا ان نعجب لانتقاله بالبعوض الا اذا كانت البواخر قد افرغت في مرفإ تلك العاصمة مع حوائج الاسيويين المصابين اكوام البعوض

ونشرته وهذا ما لا نظنه واقعاً .

اما مايقوله زميلنا الفاضل عن بورت سعيد وقناة السويس وعن انقطاع الضنك منهما بعد ان شرعت هيئة القناة الصحية بمحاربة البعوض واتلافه فنجيب عنه : انا نجهل زمن وافدة الضنك الاخيرة التي غشت السويس لنبدي رأينا في الامر غير انا متى عرفنا ان الضنك مرض وبائي منقطع الظهور ومتى ادركنا انه لم يغش اثينا منذ عشرين سنة مع ان البعوض لم يتلف فيها كما في السويس حق لنا ان ننسب انقطاعه في هذه المدينة الاخيرة الى طرز تفشيه ولعل المستقبل يفاجىء حضرة الامير بما هو غير منتظر كما فوجئنا مؤخراً بظهور الضنك على شواطىء البحر المتوسط الاوربية اي في ايطالية وفرنسة (مرسيليا)

....

قلنا ان انتقال الضنك للحيوان محتمل فلم يرق رأينا حضرة الامير لانه «لم يعثر على عالم واحد ثقة يقول انه استطاع نقل هذا المرض الى حيوان فضلاً عن انه في وافدة الضنك الاخيرة قد جرب بنفسه حقن القبعة والارنب والجرذ والفارة البيضاء بدم المصاب ومائع نخاعه الشوكي فلم تنجح تجاربه » اجل قلنا فيما مضى ان انتقال الضنك للحيوان محتمل غير اننا اليوم نخرج عن دائرة الاحتمال ونقول ان انتقاله مؤكد واثباتاً لقولنا نذكر للزميل الفاضل موجزاً عن الاختبارات التي أُجريت في اليونان ليطلع عليه ويتيقن انا لم نكن على خطإ في ما ارتأيناه

نشرت المطبوعات الطبية(Presse Médicale)في جزئها ٧٣ الصفحة ١١٦٢ ما ترجمته :

« بعض تتبعات اختبارية عن الضنك اجراها في اثينا في شتاء سنة ١٩٢٨ في ذلك الزمن الذي لم يكن فيه اثر للبعوض الارقش (ستاغوميا) الحكماء ج. بلان وج. كامينو باتروس وا. ماسوساكيس G. Blanc; J, Caminopetros et E. Massaussakis بحقنهم الوريد بالدم او المصل الدموي فقد ثبت لهم ان الضنك سهل الانتقال من الانسان الى الانسان وان تصفية المصل من شمعة شمبرلان لا تنقص قوة فوعته وان مصل المصاب بالضنك اذا حفظ في انبوب مغلق والظلمة وفي حرارة بين ١٥ و١٨ مئوية يبقى ذا فوعة (virulent) ٥٤ يوماً وان الانسان يصاب بضنك خفي لا اعراض ظاهرة له البتة غير ان دمه يكون ذا فوعة.

وان القبعة (cobaye) اذا لقحت بدم مريض مصاب بالضنك لا تظهر فيها الحمى غير انها تصاب هي ايضاً بضنك خفي لان دمها بعد تلقيحها بخمسة ايام ينقل الضنك الى الانسان السليم — اما انتقال الضنك من القبعة الى القبعة فمستحيل. وكذلك القول في تلقيح الحمام والديوك والفار الابيض والارانب فانه لم يثمر ». فما راي حضرة الزميل بهذا التقديم وهل نحن المخطئون في قولنا بانتقال الضنك من الانسان الى الحيوان ام ان اختباراته كانت ناقصة لانه لم يلقح الانسان بدم القبعة الملقحة ليعلم ما اذا كانت قد أُصيبت بضنك خفي ام لم تصب؟ وما رأيه في بقاء المصل ذا فوعة بعد تصفيته الا يدل هذا على ان العامل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم غير المرئية (virus filtrant) كما هي عليه الحميات النفاطية الحصبة والجدري وسواها؟

. . . .

قلنا ان العراقيل كثيرة الحدوث في الضنك وانها قد تكون مميتة فاجاب زميلنا بما يخرج عن موضوع بحثنا لانه قال «ان الاشتراكات محتملة الوقوع في جميع الامراض ولا سيما في الامكنة القليلة المقاومة والاكثر ضعفاً في الجسد وكم من مرض بسيط نبه مرضاً خبيثاً كان كامناً لم يشعر به احد فلا يصح والحالة هذه ان نحسب اقامة ذلك المرض الثاني اشتراكاً بسيطاً تأتى رأساً من اعراض المرض الاول»

نحن لا نخالف حضرة الامير بما يقول لا بل نسترسل في القول الى ابعد من ذلك فان رضاً بسيطاً قد ينبه سلاً فكم من ركبة سات بعد ان رضت رضاً بسيطاً فلم يكن الرض والحالة هذه السبب في نقل جرثومة السل بل ان تلك الجرثومة كانت كامنة فاغتنمت فرصة سانحة للظهور غير ان هذا كله يخرج عن موضوع بحثنا لاننا متى تكلمنا عن عراقيل (اختلاطات) الضنك فاننا نتكلم عن العراقيل الناجمة منه مباشرة بصفة كونه مرضاً خفيّاً لا عن الامراض التي ينبهها باضعافه للبنية فقد رأى زملاؤنا اليونان في وافدتهم هذه السنة من شدة هذا الداء ما شاهدناه نحن ايضاً في دمشق وما انكره علينا زملاؤنا البيروتيون

فقد نشر الحكيم م. ساكورافوس (Sacorrafos) من اثينا في المطبوعات الطبية مقالة ضافية بحث فيها عن الضنك بحثاً سريرياً صرفاً ولم يتعرض فيها لطريقة انتقاله وقد جاء فيها «ان هذا المرض لا يخلو من خطر وان الحرارة قد تبلغ ٤٢ مع ان القلب لا ينبض سوى ٧٠ نبضة في الدقيقة وقد يهبط عدد النبضات الى ٤٠ فيبدو المريض كأنه مغشى عليه ويخيل الى الطبيب ان مريضه مصاب بداء ستوكس ادمس وان ابطاء القلب يكاد يكون ثابتاً في الضنك وهو

علامة اساسية فيه · وان النزوف المختلفة من الانف والرحم والمعى كثيرة الحدوث وان اليرقان ليس بالعرقلة القليلة الوقوع وان الآحين- قد يبلغ ٢٠ غراماً في اللتر وان انذار هذا المرض ليس سليماً كما يظن فقد يموت المريض مغشياً عليه».

وقد ذكرنا في مقالة سابقة مشاهدة لاحدنا عن احد الشبان احدث بها الضنك عرقلة عصبية وهي التهاب الطبقة السنجابية الدماغية مع وهن فائق وقد نشرت هذه المشاهدة في مجلة الامراض العصبية الباريسية (جزء ٢٩ اذار سنة ١٩٢٨).

وقد قرأنا في مكان آخر ان عدد ضحايا الضنك بلغ في اثينا ١٤٠٠ فهل هذا العدد مما يستهان به وهل يحق لنا بعد هذا ان ندعو الضنك مرضاً سليماً ؟

لا لعمري لان وافدة اليونان اثبتت عكس ذلك كما اثبتت وافدتنا في دمشق هذا عدا ما تركت هذه الوافدة في اجساد الذين أُصيبوا بالداء من العقابيل (sèquelles) التي لا تشفى او يصعب شفاؤُها .

....

وانَّنا قبل ترك القلم نوجه كلمة شكر الى الزميل الفاضل الذي شاء ان تكون له جولة في هذا الموضوع راجين ان يوفق المستقبل بين فكرتينا ولو كانت الخيبة قسمتنا والنجاح قسمته .



بحث الاعراض (Seméiologie)

في امراض جهاز البول

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غايتي في هذا البحث الموجز ان ألمّ بجميع الاعراض البولية لان هذا الدرس يستدعي ابحاثاً بل ارغب في ان أُبين طريقة التوصل الى المرض استناداً الى بضعة اعراض ·

متى جاء مريض تابع لهذه الشعبة مستشفياً شكا

١ً — آلاماً : واقرها في ناحية القطن او المثانة او الاحليل

٢ً — او تشوش البيلة (trouble de la miction)

٣ً — او تشوشاً في افراز البول

٤ً — او انه يأتي لانه يرى ان منظر بوله قد تبدل وربما اجتمعت هذه الاعراض او كان بعضها او ربما رافقتها اعراض تعفن

...

١ — الالام نقسّمها ستة اقسام :

أ — آلام الاحليل : تظهر في الغالب حين البول فهي الالام التي يشكوها المصابون بحرقة البول وهي حس احتراق شديد يستمر ما زال البول متدفقاً و يطول قليلاً بعد نهايته · ومتى كان الاحليل الخلفي ملتهباً تشعع الالم الى الشرج والمستقيم ·

ويظهر الألم في المتضيقين ايضاً حين البيلة مسبباً من الجهد الذي يضطر المريض الى اجرائه لدفع البول ·

ومتى ظهر الألم دون ان يبول المريض كان سببه اجساماً اجنبية في الاحليل كالحصاة · ومتى شعر بالألم عند نهاية الفيشلة [1] كان دليلاً على حصاة المثانة ·

ب — آلام الموثة (البروستاة) : متى كانت الموثة سليمة لم يحدث جسها ألماً · وضخامة الموثة نفسها ليست مؤلمة بل انها تؤلم متى تعرقلت (التهاب المثانة ، حصاة ، اسر) اما آفات الموثة المؤلمة فهي التهابات الموثة ، وخراجاتها وسرطانها

التهابات الموثة ، وخراجاتها : تستقر الالام في العجان وتتشعع الى المستقيم والشرج والفخذين والقطن · وتتفاوت شدتها بتفاوت درجة الالتهاب · فهي مستمرة غير انها تخف وتشتد فهي تشتد متى امتلأت المثانة وفي اثناء البيلة التي لا تتم عفواً وحين التغوط ومس المستقيم

سرطان الموثة : لا تظهر الالام عفواً ما زال الورم منحصراً في الموثة نفسها بل تبدو وتتشعع الى القضيب والحشفة وحسب مسير العصبين الوركي والفخذي واعصاب الحوض متى امتد الورم الى الاحليل والمثانة والنسيج الخلوي الحوضي فلا يعود المريض قادراً على تحملها ·

ج — آلام المثانة : لا يؤلم جس المثانة متى كانت سليمة اما متى كانت ملتهبة فليس الامر كذلك لان اخف ضغط من الباطن الى الظاهر او من الظاهر

---

(١) هي الحشفة

الى الباطن حتى ان اقل لمس يحدث آلاماً شديدة ·

وكذلك القول في امتلاء المثانة فهي متى كانت سليمة وامتلأت ظهرت حاجة الى البول دون ان يبدو اقل ألم ولا يعود هذا الحس موءلماً الا متى توسعت توسعاً كبيراً ·

واما متى كانت المثانة مريضة فيظهر الالم قبل ان تبلغ درجة امتلائها الطبيعي فتنقص سعتها · وتخفيف هذا الالم او محوه بتاتاً كما ان زيادة هذه السعة ممكنان بالتخدير القطني ·

ولا يحدث ألم المثانة عفواً بل هو ألم تحدثه الحركة واجراء وظيفة المثانة او ملامسة البول لناحية ملتهبة او متقرحة · فمتى استراحت المثانة بتحويل البول عنها زالت جميع الالام ·

التهابات المثانة : موءلمة دائماً غير ان درجات الالم فيها متفاوتة لان بين التهاب المثانة الفائق الحدة والتهابها المزمن في المتوسعة مثاناتهم توسعاً لا يكاد يكون موءلماً نرى جميع الدرجات · واكثر ظهور الالم حين نهاية البول متى عادت جدر المثانة الى التقارب وتلاصقت بعد انفراغ المثانة او حين القثطرة ·

حصى المثانة تتحملها المثانة عادة ما زالت غير متقرحة غير ان المشي وركوب العربات والخيول تحدث آلام المثانة · وربما دخلت الحصاة عنق المثانة في الاطفال فاحدثت نوبة ألم حادة ·

اجسام المثانة الاجنبية : تولّد التهاب مثانة شديداً سريع الظهور فتتعدد البيلات وتظهر آلام لا تطاق ·

اورام المثانة : ليست المرجلات (polypes) موءلمة ما زالت غير متقرحة

غير ان الاورام المرتشحة والتي لا ذنب لها تؤلم ايلاماً سريعاً وقد لا تحتمل هذه الالام لشدتها ·

وربما انتشرت الالام في آفات الكلى الى المثانة وما هذا غير الانعكاس الكلوي المثاني فهو يظهر في التهاب الحويضة والكلية وفي استسقاء الكلية المتقيح (pyonéphrose) وفي رمل الكلية وسرطانها وسلها ·

واكثر ما تكون آلام المثانة مسببة من الاسر الحاد او المزمن في المتضيقة احاليلهم او المتضخمة موثاتهم ·

د — آلام الحالب: تشترك غالباً مع آلام الكلية وقد تكون مفردة · كما في وقوف حصاة في الحالب او في التهاب الحالب السلي · ومقر الألم في الحفرة الحرقفية او في رجا الحوض فحذار من خلط هذا الالم متى وقع في اليمين مع التهاب الزائدة ·

هـ — ألم الكلية: متى كانت الكلية سليمة وجست لم يكن جسها مؤلماً اما متى توسعت او احتقنت او شد ذنبها فيعود جسها مؤلماً ولاسيما الحالب والحويضة فانهما يتأذيان من التوسع اكثر من الكلية · قد تعود اذن الكلية والحويضة والحالب في الحالات المرضية مؤلمة متى جست او عفواً دون ان تجس ·

وتشعع آلام الكلية على مسير الحالب والى الخصية والفرج وافضل نموذج على آلام الكلية او بالاحرى على الام الحويضة هو القولنج الكلوي : فهو ألم فجائي واقع في الزاوية القطنية الضلعية ومنتشر حسب اتجاه الحالب الى المثانة والشرج والخصية والشفر الكبير وجذر الفخذ · وهذا الالم متواصل غير انه يشتد ويخف مع تبويل وربما إبالة (anurie) موقتة وقد يكون البول مدمماً

وتشاهد عوارض انعكاسية: اقياء ، غثيان، فواق ، تشوشات وعائية حركية، عرق بارد ، ضعف النبض ، نهج في التنفس ، ارتفاع خفيف في الحرارة (٣٨)

النهاية : يزول الالم ويشعر المريض بتحسن حالته و يغزر البول و يصفو (بول عصبي) وقد تحدث بيلة دموية تستمر يومين او ثلاثة ايام ويظل المريض شاعراً بثقل في قطنه عدة ايام .

التشخيص : يميز قولنج الكلية عن :

١ً — قولنج الكبد : الذي يمتاز بظهور الالام في نقطة المرارة وتشععها الى الخاصرة والكتف اليمنى وبيرقان خفيف دون حدوث اعراض بولية .

٢ً — التهاب الزائدة : الذي يمتاز بظهور الالام في نقطة ماك بورنه وبدفاع الجدار وبالانتباج العميق .

٣ً — الفتق المختنق : الذي يمتاز بظهور اعراض دالة على انسداد الامعاء و بورم الفتق في احد الثقوب التي تخرج منها الفتوق .

٤ً — الاختناق الداخلي : الذي يمتاز بظهور اعراض الانسداد المعوي وبخلو المشهد من الاعراض البولية .

٥ً — نوبة السهام (التابس) الحشوية : التي تمتاز بالتشععات الشبيهة بالزنار وباعراض السهام الاخرى

ربما ظهر قولنج الكلية بدون حمى واعراض عفنة فينجم حينئذ من سببين اساسيين : أ — حصاة هاجرة : فيمتاز بظهور بيلة الدم قبل النوبة او بعدها . وبحدوث الالم اثر المشي والتعب .

ب — استسقاء الكلية المائي : لا تلقى الحصاة بعد نهاية القولنج ويكون

البول طبيعياً وكثيراً ما تكون الكلية هاجرة فيشعر بها بعد النوبة ·

وانسداد الحالب بخثر قيحية في سل الكلية او خثر دموية في سرطان الكلية يحدث قولنجات كلوية ·

او ربما ظهرت مع القولنج حمى واعراض عفنة · فتضاف الى الالم الكلوي اعراض دالة على التعفن وتسوء الحالة العامة ويتعكر البول بالصديد · فتكون الحالة حينئذٍ حالة التهاب الحويضة او استسقاء الكلية المتقيح ·

و — آلام قطنية كلوية المنشإ : يجب ان نميزها عن داء بوت والخزرة (lumbago) والم الوزب العصبي فمتى كان الالم مستقراً جيداً في ناحية القطن ويشتد حين ضغط الزاوية الضلعية القطنية وينتشر الى الحالب والخصية والفخذ كان لا شك في انه كلوي ·

وهذا الالم يحدث : أ — بدون حمى : ١ً — في الرمال والحصاة الثابتة في الكلية او الحويضة ويكون حينئذٍ عميقاً ·

٢ً — في الكلى الكبيرة الثقيلة ، واورام الكلية والكلى الكثيرة الاكياس واستسقاء الكلية المائي الغزير ·

٣ً — في بعض التهابات الكلية المزمنة او في التهابات ما حول الكلية لانضغاط نسيج الكلية بالمحفظة ·

٤ً — في سل الكلية وهذا نادر لان الكلى المسلولة تؤلم قليلاً او لا تؤلم مطلقاً ·

ب — مع حمى : ١ً — في التهاب الحويضة او التهاب الكلية والحويضة ·

٢ً — في استسقاءات الكلية المتفتحة ·

٣ – في التهابات ما حول الكلية المتقيحة · اذ تكون ناحية القطن جميعها مؤلمة منتبجة، وقد يكون الجدار متوذماً فلا تجس الكلية اذ ذاك بل تجس كتلة غير منتظمة ·

٢ – تشوشات البيلة

يبول الشخص متى كان سليماً ٥ – ٦ مرات في النهار ولا يبول ليلاً، وتبلغ كمية ما يفرزه ١٢٠٠ – ١٥٠٠ غرام ·

وقد يزداد عدد البيلات او ينقص · فمتى ازداد العدد سميت الحالة البُوال (pollakiurie) وهو قد يصيب غير المرضى البوليين لانه قد ينشأ من آفات الهضم او آفات نسائية، او آفات نخاعية شوكية ·

ويجب ان نميز في المرضى البوليين البوال النهاري والبوال الليلي فالبوال النهاري متى تنبهه الحركة وسكنته الراحة كان ناجماً من الحصاة لان الراحة لا تسكن البوال في التهابات المثانة وسلها ·

ومتى لم تنبهه الحركة كان ناجماً من التهاب الموثة، والتهاب الاحليل الخلفي المزمن ··

والبوال الليلي بعد الساعة الثانية من الصباح يدل على ضخامة الموثة في بدئها ··

والبوالان الليلي والنهاري : مع بول رائق دليل على ضخامة الموثة القديمة العهد او على ورم مثاني او سرطان الموثة او داء بريت · ومع بول قيحي دليل على التهاب الحويضة والكلية البسيط او الحصوي السلي · ومع بول قيحي وألم دليل على التهاب المثانة ··

نقص عدد البيلات ٭ نقص عدد البيلات الى واحدة او اثنتين في اليوم

دليل على ان المثانة متسعة اتساعا خلقيا ، او ان المرء قد اعتاد مثل هـذه العادة كما يحدث للنساء كثيراً ، او على آفـة في الحبـل الشوكي كالسهام او حالة عصبية اخرى ·

الحاجات التي لا تغلب دليل على تخرش العنق في التهابات المثانة وعلى الحصى والاجسام الاجنبية فيها ، وعلى المزاج العصبي وسوء الهضم اذ يكون البول رائقا

صعوبة البيلات — عسر البيلة :

أ — البيلة البطيئة : سببها ضيق الاحاليل او ضخامـة الموثة او ضعف تقلص المثانة او السهام ·

ب — البيلة المتأخرة : متى كانت نهارية كانت دليلا على التضيق او على حالة عصبية او من منشإ نخاعي شوكي ومتى كانت ليلية دلت على ضخامة الموثة ·

ج — الجهود في الافراغ : تنشأ من مانع فمتى كان الجهد في بدء البيلة دل على ضخامة الموثة ومتى كان في آخرها دل على التهاب المثانة او حصاتها · ومتى كان مستمراً دل على ضيق او سهام (تابس) او خور (نوراستينيا)

تبدلات الرشق (j e t) فمنها ما يشابه المثقب (tire - bouchon) او نصل السيف او يكون مشقوقا وغير ذلك غير ان هذا كله لا اهمية له لانـه ذو علاقة بشكل الصماخ ·

اما نقص غلوة الرشق فيصادف في التضيق ولا سيما في ضخامة الموثة لان المريض يبول على حذائيه وركبتيه ·

وانقطاع البول فجأة في الاطفال والاحداث وهم وقوف دليل على الحصاة وفي المسنين وهم نيام على ظهورهم دليل على ضخامة الموثة .

الاسر (retention d'urine) معناه ان المريض لا يستطيع ان يقذف بعض ما في مثانته من البول او كل ما فيها باحليله كما في الحالة الطبيعية ·

والاسر تام متى تعذر على المريض ان يخرج قطرة واحدة وناقص متى تمكن من البول ولم يتمكن من افراغ مثانته افراغا كاملا ويختلف الاسر عن الابالة (anurie) وهو انقطاع الكليتين عن افراز البول اذ تكون المثانة فارغة ·

واكثر ما يشاهد هو الاسر الحاد التام: ويرافق انقطاع البول حصر (angoisse) فيبذل المريض جهوداً شديدة ليبول ويئن انينا مزعجا ويمسك ما يصادفه ولا يلبث ان يقع بعد ان يكون قد اعياه التعب · فيعتريه حينئذ هذيان خفيف سببه شدة الالام والتسمم بالبول وترتسم المثانة تحت جدار البطن مرتفعة حتى السرة · واذا لم يتوسط الجراح ادى ضغط السائل المنحصر في المثانة الى التغلب على المانع فبال المريض تدفقا (par egorgement) او وقع في السبات متسمما بالبول ·

والاسر المزمن ناقص دائما وهو اما ان يرافقه توسع او لا يرافقه ·

فاذا لم يكن توسع كان لا بد من التفتيش عنه ليظهر فبعد ان يبول المريض ويظن انه قد افرغ مثانته يقثتر فيعرف ان في المثانة ثمالة تتراوح بين بضعة سنتمترات مكعبة و ١٥٠ — ٢٠٠ سم³ او اكثر ·

واذا كان توسع كان كشف الاسر الناقص اسهل لان المثانة تبقى كبيرة فيشعر بها كانها كرة بالجس البسيط او المشترك مع مس الشرج · ويبول المريض مرات كثيرة غير انه لا يفرغ من مثانته الا ما زاد عن سعتها · فهو يبول تدفقا ويجتنب في هذه الحالة افراغ المثانة افراغا تاما لئلا يطرأ نزف غزير

بتوارد الدم الى المثانة المتوسعة ·

يحتاج الشخص ليبول بولا طبيعيا الى :

أ — احليل حر · فكل آفة تسد الاحليل وعنق المثانة تفضي الى الأسر : رض الاحليل، حصاته ، الاجسام الاجنبية فيه، التهابه ، انضغاطه (في المرأة) ضيقه ، ضخامة الموثة ، تشنج العاصرة، ورم عنق المثانة ·

ب — مثانة تقوى على التقلص : يبول الشخص بمثانته وليس باحليله (غيون) و يتعذر افراغ البول اما ١ — لسبب مثاني : كاستحالة عضلة المثانة او تصلبها او شللها في الامراض الحادة او التهاباتها او التهابات ما حولها

٢ — او لسبب مركزي : رضوض النخاع الشوكي ، كسر العمود الفقري داء بوت ، السهام ، الشلل العام ، الفالج الشقي

المعالجة : متى كان الاسر حاداً يجب ان يبول المريض بدون تأخر وفي ذلك ثلاث طرق :

القثطرة ، خزع المثانة او بزلها من الناحية الخثلية ، خزعها من العجان

القثطرة : سهلة متى كان الاحليل حراً وتعاد كلما قضت الحاجة ·

ومتى كان الاحليل مسدوداً بالالتهاب كانت القثطرة ممكنة ايضاً غير انها لا تخلو من خطر التعفن فتجرب اولاً الرفادات والحقن الشرجية والحمامات العامة الحارة ·

ومتى كان الاحليل ضيقاً كان اجتياز الضيق متفاوت الصعوبة فمتى صعب الامر وجب ان تدخل شمعة خيطية وتترك في الاحليل فيخرج البول حولها ثم يوسع الاحليل او يخزع خزعاً باطناً ·

ومتى كانت الموثة ضخمة تفرغ المثانة مع مراعاة القواعد المتبعة في المصابين بضخامة الموثة ·

ومتى لم تكن القثترة ممكنة فضل خزع المثانة الخثلي على البزل لانه خطر

اما الخزع العجاني فيشار به في الاجسام الغريبة او الحصى التي تعذر استخراجها بالطرق الطبيعية · وهو الطريق المتبع متى كان الاحليل مقطوعاً ·

ومتى كان الاسر مزمناً كان علينا ان نتبع وصية غيون ولا سيما في ضخامة الموثة ·

١ً امر ناقص مع توسع : حذار من افراغ المثانة افراغاً تاماً · يستعاض عن البول المستخرج بماء مغلى و يخفف ضغطه تخفيفاً تدريجياً كل يوم عن الاخر · و كثيراً ما تصيب الحمى المريض على الرغم من مراعاة قواعد الطهارة فيوضع حينئذٍ قاثاتير و يترك في المثانة · فاذا حدث زحير لا يترك القاثاتير مفتوحاً بل يسد و يفتح كل ساعتين فتفرغ المثانة و يترك بعض البول ·

ومريض كهذا هو عرضة للموت في كل حين: لان القاثاتير اذا كان ملوثاً كفى للقضاء عليه بعد ٤٨ ساعة · فخزع المثانة خير ما يصنع في هذه الحالة ·

٢ً — اسر ناقص بدون توسع : القثترة واجبة اذا كانت الثمالة غزيرة او اذا كان تعفن · اما عدد القثترة فيعين بالنسبة الى كمية الثمالة ·

سلس البول

هو خروج البول بدون ارادة المريض وهو تام وناقص، وليلي بنقص التقلص، او نهاري بشدة التنبه، او نهاري وليلي معاً ·

ويجب ان يميز السلس الحقيقي عن السلس الكاذب فالسلس الكاذب تتقدمه حاجة الى البول لا يتمكن المريض من التغلب عليها يتبعها سيلان البول سيلاناً غير ارادي وذلك في المتضيقين والمصابين بالتهاب المثانة وباحتقان عنقها . وهؤلاء هم المصابون بأسر كاذب ..

والسلس الحقيقي اما ان يكون متقطعاً كما في الطفل الذي يبول تارة بولاً ارادياً وطوراً بولاً غير ارادي . او يكون متواصلاً وذلك متى توسعت المثانة فتغلبت على العاصرة : كما في السلس تدفقاً الذي يصيب من ضخمت موثاتهم وضاقت احاليلهم او وقفت في احاليلهم الخلفية اجسام اجنبية او اصابتها رضوض جراحية او عارضة .

ويكون السلس في الاطفال عرضاً لآفة اخرى : كتضيق الاحليل الامامي ، والديدان، والإسنان، وحصاة المثانة ، وداء بوت ، والشوك المشقوق فيجب ان يعالج السبب .

ومتى اصاب السلس شخصاً حديث السن نسب الى ضيق الاحليل أو الى سلس اساسي (essentielle) فيكون قد تأخر ظهوره الى السنة العاشرة او الثانية عشرة او اكثر ، او اذا كان التهاب مثاني فالى طبيعة هذا الالتهاب السلية .

واما في المرأة فينسب السلس الى التهاب الاحليل او الى ورم الحوض او الى ناسور او هبوط الاعضاء التناسلية او سل عنق المثانة .

وفي الشيوخ : ينسب السلس الى ضخامة الموثة وضيق الاحليل او التهاب المثانة الحصوي او سل المثانة .

٣ — تشوشات افراز البول

١ً — المريض يبول كثيراً : يبول الشخص السليم في ٢٤ ساعة ١٢٠٠—١٥٠٠ غرام فمتى تجاوزت كمية البول هذا الحد كانت البوالة (polyurie) وتكون البوالة موقتة متى جرع الشخص كميات غزيرة من السوائل والمناقيع المبولة و بعد القولنجات الكلوية ونوب استسقاء الكلية المائي والاسر الحاد ·

او تكون البوالة مستمرة : في المصابين بالداء السكري وداء بريت والهرع « هستيريا »وغير ذلك

و يكون البول في البوالة صافياً في التضيقين والمصابين بضخامة الموثة والاسر و عكراً متى تعفنت مجاري البول في الحالات الآنفة الذكر او في سل الكلية والتهابات الكلية والحوضة البسيطة ·

٢ً — المريض لا يبول بولاً كافياً: فيكون التبويل (oligurie) اذ يقل البول عن ٢٠٠ غرام في ٢٤ ساعة بسبب نقص وظيفة الكلية المسبب من تبدل ملحمتها (perenchyme) (حصاة ، ورم ، التهاب الكلية وغير ذلك) ·

والانذار وخيم ·

٣ً — المريض لا يبول ابداً : فتكون الإبالة (anurie) وذلك متى لم يبل المريض ابداً ومتى كانت المثانة فارغة لا تخرج منها قطرة بول بعد قثترتها ·

وسبب الابالة :

أ — انسداد الحالبين بحصاة : يسد غالباً احليل واحد غير ان الكلية الثانية تنقطع عن الافراز انعكاساً · او ان الحالب ينضغط من الخارج بسرطان الموثة او الشرج او الرحم او بورم ليفي ·

فتظهر في البدء تشوشات عامة قليلة الوضوح : قمه ودعث وهذا هو زمن التحمل و بعد ان تمر ٤ ــ ٥ ايام تبدو علامات تسمم الدم : صداع ، اقياء ، ضيق الحدقة انتفاضات عضلية الخ و يسمى هذا الزمن دور تسمم الدم و ينتهي بالموت بعد ان يلقى المريض في حالة سبات في اليوم السابع الى الثاني عشر ٠

ب ــ وقوف الكليتين عن الافراز : سببه تسمم حاد بالسليماني او التهاب الكلية او آفة قلبية او آفة انعكاسية (حرق) او تخرب الكليتين بالسل او السرطان

المعالجة : تكون في بدئها دوائية وتقوم باعطاء مسا هل ومياه معدنية (افين فيتل) ومدرات للبول ثيو برومين ، دجتالين ، مصل غليكوزي

وتوسع المثانة بملائها ماءً مغلى واذا لم تثمر هذه الوسائط ارسل المريض الى الاختصاصي ليجرب قثترة الحالبين قبل ان تفوت الفرصة حتى اذا لم تثمر خزعت الكلية ٠

٤ – تبدلات منظر البول

بيلة القيح (pyurie) ظهور الصديد في البول عرض من الاعراض الكثيرة الحدوث في شعبة امراض البول ٠

يجب ان تعاين الابوال حين افرازها (الابوال الحية) بعد ان يبول المريض في قدح شفاف ولا قيمة مطلقاً للبول الذي يأتي به المريض في قارورة (الابوال الميتة) ٠ يبول المريض في ثلاثة اقداح : ١٥ ــ ٢٠ سم^3 في القدح الاول ومثلها في القدح الثاني وما بقي من البول في القدح الثالث ٠

أ ــ بول صاف مع خيوط قيح او خيوط مخاط وقيح في القدح الاول او الثاني او الثالث دليل على ان بيلة القيح آتية من الاحليل

ب — القدح الاول معكر : هو دليل على التهاب الاحليل الامامي السيلاني

القدحان الاول والثالث معكران والثاني صافٍ : دليل على التهاب الاحليل الخلفي الحاد والتهاب الموثة وغدد كوبر ·

ج — البول معكر في الاقداح الثلاثة : دليل على ان بيلة القيح تامة ويجب في هذه الحالة ان نتأكد جيداً ان في البول قيحا وليس فوسفاة او بولاة او بيلة جرثومية (bactériurie)

فالبول الفوسفاتي يصفو متى أُضيفت اليه بضع قطرات من حامض الخل

والبولاة ترسب بالبرودة وتذوب متى سخن البول

والبيلة الجرثومية تظهر كأنها موجات حريرية في السائل متى رج القدح ويثبت امرها بالمجهر · فمتى ظهرت كريات بيضاء بالمجهر كانت دليلا على البيلة القيحية ·

وبيلة القيح التامة مثانية او كلوية : فيرجح انها مثانية متى كان الصديد غزيراً في آخر البول اي في القدح الثالث ويرجح انها كلوية متى كان التعكر متجانسا في الاقداح الثلاثة · او متى كانت بيلة القيح متقطعة · ومجمل القول ان القدح المتوسط هو القدح الذي يمثل بول الكلية ·

البيلة الجرثومية : البول فيها معكر ولا يصفو متى ترك وشأنه او متى انتبذ وسبب التعكر ان في البول كمية كبيرة من الجراثيم (ولا سيما جرثومة الكولون او المكورات العنقودية او عصية ابرت)

والبول فيها خالٍ من الكريات البيضاء · ويجب ان نتحقق ما اذا لم تكن البيلة الجرثومية مسببة من حصاة كلوية فينفي ذلك بالرسم الشعاعي ·

وتقوم معالجتها بمداواة السبب (مرض عام ، التهاب الموثة ، حصاة الكلية ، قبض) وتعطى مطهرات البول (اوروفورمين ، اور يزنين) و يستعمل الاستلقاح الذاتي (auto vaccination)

البيلة الدموية : هي القاء دم صرف او ممزوج بالبول في اثناء البيلات او القثترة وسببها الكلية او الحالب او المثانة او الموثة او الاحليل الخلفي واختبار الاقداح الثلاثة كاف ايضا لتعيين منشإ الدم . فاما ان يبدو في القدح الاول فقط او في القدح الاخير او في الاقداح الثلاثة معا .

فاذا كان مبدئيا اي في القدح الاول كان منشأه الاحليل الخلفي او الموثة او عنق المثانة او تمزق رضي (كسر الحوض) او طريق كاذب شُقَّ في اثناء قثترة رجل مصاب بضخامة الموثة او حصاة او سرطان الموثة .

واذا كان انتهائيا اي في القدح الثالث كان سببه المثانة كالتهابها السيلاني او السلي او حصاها او ضخامة الموثة . اما الاورام فان بيلة الدم تظهر فيها اكثر وضوحاً في القدح الاخير .

واذا كان تامًا اي في الاقداح الثلاثة كان منشأه الكلية واسباب بيلة الدم ثلاثة حينئذٍ :

الرمل مع قولنج الكلية او بدونه و يظهر الدم حينئذٍ إثر الحركة .

السرطان فيظهر الدم عفواً ولا يخف بالراحة ولا بالحركة وقد يكون متقطعًا اي بيلات رائقة متناوبة مع بيلات مدممة .

السل والدم فيه قليل غير ان النزف الغزير ليس مستحيلاً في بدء سل الكلية لان هذا العضو ينزف متى سل كما تنزف الرئة او في سياق سل الكلية

اذ تحدث نزوف غزيرة متكررة شبيهة بالنزوف السرطانية . ويبقى البول معكراً بين نزفين .

المعالجة : ليست بيلة الدم سوى عرض لمرض يجب علينا ان نتحراه ونعالجه فكل بيلة دم لا يعرف سببها تستدعي اضاءة المثانة وفحص مسالك البول جميعها واذا كان الدم غزيراً وخطراً وجب اعطاء قاطعات النزف تجرعاً (كلورور الكلسيوم) هاموستيل ، مصل مضاد للذباح « دفتيريا ») او موضعياً حقن المثانة بمحلول الانتبرين العشريني والمصل الخلقي «الفسيولوجي » الحار) او حقناً تحت الجلد كما في مكافحة النزوف الغزيرة مهما كان مقرها .

ويوضع مسبار ثابت في المصابين بضخامة الموثة او تخزع المثانة .

ويجب استخراج الخثر الدموية من المثانة بادخال مسبار ثخين فيها واستنشاقها بمحقنة المثانة فتحقن المثانة بستين الى مائة سم[٣] ماء حاراً وتستنشق في الحال بعد الحقن بها وتخرج الخثر معها

واساس المعالجة يقوم بمكافحة السبب .

ه — التعفن البولي

بول المثانة في الشخص السليم خالٍ من الجراثيم غير انه يتلوث

أ — في آفات جهاز البول العفنة

ب — في العفونات العامة مع تعفن الدم دون ان تستقر الافات في جهاز البول وهذه هي البيلة الجرثومية الثانوية

ان امتصاص البنية للجراثيم والذيفانات البولية المنشإ يحدث العفونة البولية التي تتظاهر بثلاث تظاهرات .

١ً — النموذج الحاد تعتري المريض فجاأة عرواء شديدة وحمى عالية درجتها ٤٠ = ٤١ فعرق فتشوشات هضم اثر معاينة جهاز بوله ببعض الالات او قثترته او خزع احليله الداخلي او توسيعه او تفتيت حصاة وتستمر هذه النوبة ٢٤ ساعة ثم يأتي البحران

٢ً = النموذج الخفيف الحدة : تنتاب المريض نوب متكررة لا تفصلها الا فواصل قصيرة او حمى متواصلة تشتد وتخف دون ان يقع البحران ·

ويكون اللسان احمر جافاً كأنه الشواء (لسان الببغاء) وكثيراً ما يبدو القيء والاسهال وتظهر تارة حالة نعاس وطوراً هذيان وتبويل وتوءلم الكليتان متى جستا وتبقى هذه الحالة ٥ = ٢٠ يوماً ثم تنتهي بالبحران وكثيراً ما تنتهي بالموت ·

٣ً = النموذج المزمن : الحمى متواصلة تتموج بين ٣٨ — ٣٩ تشوشات الهضم واضحة تسبب الهزال ، لون الجلد اصفر تبني ، وهو الدنف البولي يظهر هذا النوع في المصابين بالاسر المزمن والمتعفنة ابوالهم ·

المعالجة : واقية : وهي تقوم باستعمال اللطف في المعاينة وبمراعاة التطهير ومضاد التطهير مراعاة دقيقة

وشافية وهي تقوم بانهاض البنية وتسهيل العرق بالأشربة الكحولية الحارة والكينين والاوروفورمين وبوضع مسبار ثابت او خزع المثانة

واذا لم يثمر خزع المثانة تخزع الكليتان ·

اعراض الرمل المراري وتشخيصه ومعالجته الجراحية

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لا يزال على إمراض الرمل الصفراوي مسحة من الغموض · لانه اذا كانت الاختبارات والسريريات قد اثبتت ان عدداً من الرمل المراري ناجم من التعفن (عفونة الدم او العفونة الصاعدة الناجمة من الامعاء ، والتهاب مجاري البلغم في محيط الاثني عشري والمعثكلة «البنكرياس») فليس لها ان تنكر ان عدداً آخر من الرمال غير عفني لا تنطبق عليه نظرية العفونة ·

ويظهر ان الافكار متجهة في ايامنا الحاضرة الى تشوش وظيفة الخلية الكبدية وان تكون الرمال يعزى اليه فان الاصبغة التي تنضجها الكبد ليست الا حصيات دقيقة لا تلبث بعد وصولها الى المرارة من ان تصبح نواة للرمال الصفراوية · فيكون تكون الحصى والحالة هذه ثانوياً لا مبدئياً ولو كانت هذه الحصى تتكون في المرارة حول الاصبغة · ولكن ما عساها تهمنا آلية تكون الحصى وامرها لا يزال غامضاً ومستقبلها لا يزال متلبداً بالتحفظات · واذا كان السبب الاول هو خلية الكبد ووجهنا اهتمامنا الى الطرق الصفراوية نكون قد وضعنا المريض في مأمن من تكون الحصى غير اننا لم نقه ظهور عدد عديد من التشوشات · فان الكثيرين من المصابين برمال المرارة مكبودون نعني بذلك انه لو قطعت مرائرهم المجتلئة بالحصي ونجوا من العراقيل التي تتهددهم حتى من

السرطان كان عليهم ان يظلوا مثابرين على معالجة دوائية ونظام غذائي خاص اذا كانوا يرغبون في ان يظلوا اصحاء . فهولاء المرضى تلائمهم ميـاه فيشي اشد الملائمة بعد ان تكون قد استؤصلت مرائرهم . ومتى اختلت وظيفة المرارة بـدت الاعراض الدالة على تأذي هذا العضو . غير ان جميع المرائر لا تبدي تأثرها على السواء فان بعضها تبقى صامتة فما من يجهـل ان بعض المرائر تمتلىء حصى فتحتمل ما فيها دون ان يبدو منها اقل عرض دال على مرضها الى ان يموت المريض فتفتح جثتـه لسبب آخر ويعثر على هذه المرائر المحصوبة .

كما ان من المرائر ما لا يتحمل الحصى فيبدي اعراضاً شديدة وكثيراً ما تظهر بمظهر قولنج الكبد وهو الم فجائي يأخذ المريض بعد الطعام ببضع ساعات مستقر فـي المراق لايمن ومتشعع الى الكتف اليمنى وقد ترافقه اقياء ، مدتـه ٦ — ١٢ ساعة . وسبب هذه الالام توتر المرارة التي تجد في القاء محتوياتها

ولكن لماذا لا يطرأ على جميع المصابين بالرمال هـذا القولنج ؟ ان لبيئة الشخص ولطبيعته تاثيراً في هذا الامر : فما القولنج الا عبارة عن تنبه العصب التائه ودليلاً على خراج خ ص .

وبعد ان يزول الالم الحاد يبقى ألم موضعي ثابت مع حس ثقـل في المراق الايمن واذا جس رجا المرارة عند نهاية الضلع العاشرة تنبه الألم مع تشععاته الخاصة الى الكتف والظهر

وقد يحس تحت حافـة الاضلاع الورم الناجم من توسع المرارة لانسداد قناتها بالحصاة فيشعر بورم متوتر متحرك بحركات التنفس .

ومتى كان التهاب المرارة ناجماً من سبب آلي لا تظهر سوى هذه الاعراض

الطبيعية (physiques)

ويجب ، متى شك في ان الالم مراري ، تحري علامة مورفي وهي ان يشهق المريض شهيقاً عميقاً فيخفض كبده ويضطر الى ايقاف شهيقه لشعوره بالألم

وهناك طرق اخرى لتحقيق التشخيص :

الرسم الكهربي : توصل علماء الاشعة بعد اتقان معداتهم الى كشف الحصاة غير ان التشخيص السريري يكون قد وضعه الطبيب قبلهم · ولعل بعض التبدلات التي تطرأ على الاثني عشري اي انجراره او تسطحه بالمرارة اكثر دلالة من ظهور الحصاة ·

وتستعمل اليوم طريقتان اخريان للتحقيق : تنبيب الاثني عشري (tubage duodénal) ورسم المرارة (cholécystographie) ·

تنبيب الاثني عشري : من المعلوم ان لكل من صفراء المرارة وصفراء القناة الكبدية تركيباً خاصاً · فيستفاد من هذه الخاصة ويحقن بانبوب اينهورن (Einhorn) محلول منبه يدعو المرارة الى التقلص فمتى كانت قناة المرارة مسدودة بحصاة لا تتمكن صفراء المرارة من المرور بل تمر صفراء القناة الكبدية وحدها وهي الصفراء التي تجمع استنشاقاً ·

رسم المرارة : يقوم بتجريع المريض مادة ظليلة ازاء الاشعة المجهولة او بحقن وريده بها على ان تفرز الكبد هذه المادة فتختلط بالصفراء ·

وهذه المادة هي الفانول فتلائين او اليود الرباعي (tétra iode) الذي يتراكم في المرارة فلا تخرقه الاشعة فمتى امتلأت المرارة بهذه الصفراء الظليلة وكانت فيها حصاة ظهرت المرارة ظليلة والحصاة شفافة فيها · ولكن اذا لم تصل

الصفراء الى المرارة بقيت شفافة فلم تظهر بالرسم فاذا لم تبدُ المرارة بالرسم ولم يجمع بانبوب اينهورن غير الصفراء الكبدية ثبت لنا ان المرارة سلمية ٠

السير : سير رمل المرارة يختلف كثيراً فهو قد يكون مستتراً ويشفى فوراً او يظهر بنوب متعاقبة فيعيد الحياة مرة ٠

وسواء استتر او ظهر فالعراقيل ممكنة الحدوث حتى ان بعضهم يقول ان التهاب المرارة لا يتصف باعراض خاصة بل انه يظهر بعراقيله :

العراقيل العفنة في المشكلة او الكبد التي تتصف غالباً باليرقان والحمى المتقطعة او المترددة وبضخامة الكبد وايلامها

وقد تظهر عراقيل خطرة فجأة وعلى المريض مظاهر الصحة الحسنة لان ما يحدث في الاسفل عند الزائدة الدودية يحدث ايضاً في العالي عند المرارة فيظهر الالم الموضعي نفسه والتفاعلات الخلبية ذاتها والاقياء وتبدلات النبض والحرارة وتسير السير نفسه ويظهر انتباج او لا يظهر وتتكون خراجة في جدار المرارة او حولها فتهدد الكبد والكولون والخلب ٠ واستطبابات التوسطات الجراحية كما في التهاب الزائدة تستدعي الاسراع في بعض الحالات او تسمح بالتأخر ريثما تكون قد بردت الاعراض وذلك تابع لرأي الجراح وحالة المريض ومن التهابات المرارة ما هو متغنغر متصف بموات جدر المرارة وانثقابها وحدوث التهاب الخلب المميت ، كما في التهاب الزائدة تتغلب الاعراض العامة على الاعراض الموضعية ، هذا اذا لم يسرع الى اجراء العملية الجراحية واذا لم تكن الالتصاقات قد تكونت ٠

ويشخص المرض في هذه الحالة بشدة الآلام وتقفع جدار البطن المنتشر

وسحنة المريض واضطرابه

اما العملية فهي استئصال المرارة لانها العملية الفضلى متى كانت المرارة منثقبة هذا اذا كان الامر ممكناً او خزع المرارة ودكها تحت الكبد وتحفيضه وهو ما لا تحمد عقباه غير ان الضرورة تقضي به اذا كانت حالة المريض لا تتحمل اكثر من ذلك . و يتعلق النجاح بالوقت الذي يفصل العملية الجراحية عن بدء هذه العوارض .

واذا استثنينا هذه الحالة التي تدعو بها شدة العوارض الى الاسراع بالعملية الجراحية كان علينا ان نتربص ريثما يكون التهاب المرارة قد مر الى الازمان او انقلب التهاباً خفيف الحدة او عاد نوباً منقطعة . واستئصال المرارة متى احسن اجراؤه جليل الفائدة ايضاً حتى متى لم تكن المرارة متعفنة ذلك متى استسقت المرارة وتوسعت او متى احدث الرمل آلاماً او تشوشات هضمية ناجمة من الضغط او من فعل منعكس . هذا اذا لم تكن آفة في المعدة او الاثني عشري او الزائدة مرافقة لآفة المرارة ولم يكشف امرها فتبطل فائدة هذه العملية لان الآفة المذكورة الكائنة في مكان آخر تحدث هذه العوارض .

فمتى شخص المرض بعد الفحص السريري الدقيق وجب بضع هؤلاء المرضى المصابين برمال المرارة .

إنني اترك الاعتناءآت السابقة للعمل الجراحي جانباً لانها لا تختلف عن الاعتناءات الواجبة مراعاتها في جراحة البطن : اعطاء الخضر والسكر وقليل من اللحم والامتناع عن المساهل ، قياس تخثر الدم ولا سيما في الميروقين ، والمدة اللازمة لتخثر الدم في الشخص السليم هي عشر دقائق فاذا لم يتخثر الا بعد ١١

أو ١٢ او ١٥ دقيقة خيف من النزف ووجب اتقاؤه بمعالجة ملائمة وذلك بنقل كمية قليلة من الدم او بحقن الوريد بمحلول كلورور الكلسيوم العشري كما يصنع مايو فيحقن منه بخمسة سم[٣] على ان تدفع ببطوء زائداي الا يمر اكثر من سم[٣] واحد في الدقيقة . وتكرر هذه الحقنة يومياً ريثما يعود تخثر الدم طبيعياً .

ويجب على من يرغب في النجاح ان يتبع في عمله الجراحي طريقة حسنة : فلا يلوث الخلب ولا يجري عملاً ناقصاً فعليه اذن ان يسبر جميع المجاري الصفراوية وان يستخرج منها الحصى .

تلائم الشروط التشريحية لوقاية الخلب من التعفن : ففي العالي الكبد وفي الاسفل الكولون ورباطه وفي الانسي الرباط المعلق للكبد اما في الوحشي فليس ما يقي الخلب والقاع مائل حتى الحفرة الحرقفية اليمنى فيجب اذن ان توضع الرفادات والقطائل في تلك الناحية واذا ادخلت الاصبع في عمق الناحية تحت الكبد خلف الذيل الكبدي مرث بفوهة ونسلو المتصلة بجيب الثروب الخلفي وكان تلوث تلك الاقسام ممكناً بالسوائل فعلينا ان ننتبه للامر .

ويجب ان يوسع الفاصل ما بين الكبد والكولون جيداً لكي ترى جميع المجاري الصفراوية جيداً بالعين وتجس بالاصبع وذلك ممكن بوضع المريض وضعاً ملائماً وبانتقاء خط الشق . يبسط جذع المريض بسطاً عنيفاً وذلك بوضع وسادة اسطوانية تحت فقاره الظهرية العاشرة والحادية عشرة والثانية عشرة وليس تحت الانحناء القطني لان وضعها هناك لا يفيد شيئاً .

ويختار شق لا يغلقه هذا البسط العنيف اذن نجتنب الشق العمودي ونجعل للشق قسماً معترضاً محاذياً ما امكن لالتوائي حافة الكبد ورباط الكولون

وليس لقطع الاعصاب اهمية كبيرة ٠

ولكن اي العمليات نجري على المرارة ؟ هـذا تابع لحالة المرارة نفسها فاذا كان التهابها مزمناً اخترنا استئصالها الا متى كان الاثني عشري جميعه ضامراً او متى كانت الالتصاقات شديدة ٠

ونستعمل المبضع دون ان نبتعد عن الجهاز الصفراوي مجتنبين ايذاء الثرب والمرارة والاثني عشري ٠ واذا كانت المرارة مختبئة تحت القرص المؤلف من التصاق الثرب بالكولون وجب علينا ان نفتش عن فرضة الكبد المناسبة لطرف السرير الذي تضطجع عليه المرارة ٠ ومتى عثرنا على المرارة استرشدنا بها للوصول الى قناة المرارة ومنها الى مثلث القوائم الصفراوي (trépied biliaire)

ومتى بقيت الكبد محافظة على ليانها كان اخراجها من البطن ممكناً فيجب جرها اولاً الى الاسفل والا منعتها حافة الاضلاع عن الخروج ٠

اما في التهابات المرارة الحادة فهل نخفض او نقطع المرارة منذ البدء ؟ متى كان الالتهاب حاداً اجتنب التفريق العنيف واكتفي منه بالقليل الذي يمكننا من الرؤية ووضع الاحفوض ٠ فان خزع المرارة خزعاً بسيطاً لا يشفي تعفن هذا الحويصل لان جداره يكون مرصعاً بخراجات دخنية ربما كانت سبباً في احداث خراجات بعيدة وقد اتسعت دائرة استئصال المرارة لان الوفيات فيها لم تعد كثيرة وضاقت دائرة خزع المرارة ٠ ومتى كان جرّ المرارة نحو الجدار ممكناً كان استئصالها مستطاعاً ومتى لم تجر كان خزعها مستصعباً كقطعها

يستنتج من هذا اذاً ان استئصال المرارة مشار به في الالتهابات الحادة ايضاً الا متى كانت حالة المريض العامة سيئة او كان التعفن شديداً فاقتضى الاكتفاء

بالقليل او متى لم نكن واثقين بان المجاري الاساسية حرة .

ولست ارغب في وصف الطريقة الجراحية وصفاً مسهباً بل اكتفي بذكر النقاط الاساسية التي لا بد من معرفتها في استئصال المرارة .

في استئصال المرارة طريقتان : ١ — من الامام الى الوراء وهو استئصال المرارة الامامي غير ان الاتجاه مستصعب في هذه الحالة وقطع النزف كذلك لان تفرعات الشريان المراري تكون قد تكونت فليست هذه الطريقة اذن الطريقة الفضلى . غير ان الضرورة تقضي باتباعها في بعض الاوقات وذلك متى كانت المرارة مطمورة بالالتصاقات ولم يكن الوصول اليها بسوى هذه الطريقة ممكناً .

وربما قضت الحال في بعض الاوقات بعد خزع المرارة بادخال الاصبع فيها وتفريقها كما يفرق كيس الفتق .

٢ — من الوراء الى الامام وهو استئصال المرارة الراجع : ليس اجراء هذه الطريقة ممكناً الا متى كانت فوهة ونسلو حرة وكان مرور الاصبع فيها مستطاعاً لمسك الذنب . هذا هو العمل التشريحي غير انه ان لم يكن ممكن الاجراء دائماً فعلى الجراح ان يجد في اجرائه ما استطاع . وربما كان في وقوف الجراح الى يسار المريض بعض التسهيل عليه . يقطع مشول الثرب الصغير او صفيحته الامامية على حافة القناة الجامعة الوحشية ويفتش عن ذنب قناة المرارة بالمسبار المقنىّ ويكمل التسليخ حتى ترى القناة الكبدية واتصال قناة المرارة بالقناة الجامعة جيداً لان هذا الاتصال يختلف مقره . ويجب ان يرى هذا الملتقى ويسلخ جيداً لنكون واثقين اننا لسنا ازاء شذوذ تشريحي لان جهل هذا الامر يفضي الى ما

لا تحمد عقباه ٠

ويجب ان تشد المرارة المثبت قعرها لكي يسهل التسايخ غير انه لا يجوز ان تجر كثيراً حين الربط لئلا يتزوى الملتقى فتربط القناة الجامعة ٠

كما انه لايجوز ان يترك من قناة المرارة جذمور طويل لئلا تتكون مرارة جديدة وتمتلىء حصى ٠ يجب اذن ان تربط قناة المرارة قريباً من القناة الجامعة ما امكن بعد مسكها بمنقاشين مع الاحتراس الشديد من تجاوز هذه القناة اجتناباً للخطر ٠ وبعد ان تقطع القناة يشد جذمور المرارة فيبعد شريان المرارة عن الشريان الكبدي والقناة الكبدية ٠ ويحترز هنا ايضاً من ربط هذه الاعضاء التي قد تجرها الالتصاقات حتى مرفق المرارة لهذا يجب ان يمسك الشريان المراري حسب محاذاة المرارة بجوار العنق مباشرة ٠ ومتى ربط كنا في مأمن من النزف وكان فصل المرارة عن سريرها الكبدي سهلاً ٠

ولكن كيف يعالج جرح الكبد ؟ يدك الالمان الناحية غير ان نزع هذا الدك موئلم جداً فضلاً عن انه يحدث التصاقات حول الاثني عشري اما الاميركان فيغلقون الجرح وذلك متى كان التهاب المرارة مزمناً وهرتمن يضع احفوضاً ٠ ولا يستر دوفال الجرح بالخلب بالنظر الى التهاب المجاري البلغمية فان شريحات الرباط المعلق تميل من طبيعتها الى التقارب والاندمال وصفوة القول ان في ذلك ثلاث طرق : الستر بالخلب والتحفيض والدك ٠

عملية التحويل : متى كان سرطان او كانت القناة الجامعة مسدودة لالتهاب المعثكلة يجب ان تفاغر المرارة والامعاء ٠

ولا تفاغر المرارة والكولون المعترض لان محتوياته عفنة ولان الصفراء لافائدة

منها فيه للهضم

ولا تفاغر المرارة والاثني عشري مع ان الامر منطقي لان المفاغرة مستصعبة اما المفاغرة في الصائم فافضل منها في الكولون غير ان التزوي ينجم منها

فبناء على ما تقدم اشار بعضهم بمفاغرة المرارة والمعدة واجروها ولا خوف فيها من التعفن الثانوي غير ان هذه العمليات كلها ملطفة ٠

النتيجة : استئصال المرارة هو العملية الفضلى في رمل المرارة ولا سيما متى كانت جدرها مصابة ٠ ولا محل لخزع المرارة الا متى كان استئصال المرارة متعذر الاجراء ٠ اي متى كانت حالة المريض العامة خطرة او كان طاعناً في السن او تأخر اجراء عمليته ٠

وربما خزعت المرارة اولاً اضطراراً ثم استؤصلت بعد حين متى تحسنت حالة المريض العامة واصبح قادراً على تحمل العملية فيكون قطع المرارة قد تمّ بزمنين ٠

الاعتناآت بعد العملية: يجب ان يعطى هؤلاء الموضوعون ما فقدوه من الماء بان يقطر لهم المصل الغليكوزي قطرة قطرة حسب طريقة مورفي ولا يعطون المورفين او يعطون منه مقداراً قليلا لان الكلورال والاسبرين كافيان للتسكين ٠

وتوضع على ناحيتهم الكبدية مكمدات حارة تخفيفاً لاحتقان كبدهم ولا ينومون على ظهورهم منبسطين تمام الانبساط اجتناباً للركود الرئوي لانه اذا كان التهاب الخلب نادراً فالعراقيل الرئوية كثيرة الوقوع لان المريض يتنفس تنفساً خفيفاً بالنظر الى مقر الجرح ٠

والعرقلة الكبرى هي حموضة الدم التي تكافح بحقن الشرج بثاني فحماة الصوده

وربما توسعت المعدة توسعاً فجائياً بعد العملية لان المرضى المصابين بالرمال الصفراوية هم في الوقت نفسه مصابون بهبوط الاحشاء · وانضغاط القطعة الثالثة من الاثني عشري بالذنب الماساريقي)

النتائج : ليست نتائج خزع المرارة حسنة كنتائج استئصال المرارة الذي يعادل الشفاء التام فيه ٧٥ بالمائة · واذا ظهرت عقابيل (sequelles) كالألم والتشوشات الهضمية فيكون السبب التصاقات نجمت من الدلك او حصاة لم ينتبه اليها لان الاستقصاء في المجاري الصفراوية كان ناقصا · غير ان هذه التشوشات المستمرة الناجمة من التهاب ما حول الاثني عشري والمعثكلة ليست خطرة لانها تخضع للمعالجة الدوائية ·

متى أُجريت العملية باكراً كانت تامة ونجا المريض من العراقيل المقبلة المسببة من الالتصاقات ·

الجزء الثامن الممتاز من مجلة الاثار الشهرية

تصفحنا عدد تشرين الاول سنة ١٩٢٨ من مجلة الاثار التي يصدرها عن زحلة العلامة الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف فألفيناه جزءا ممتازاً في الحقيقة بما ورد فيه من المقالات الشائقة التي تبحث في التاريخ والاجتماع والادب وبما حوى من القصائد البديعة الرقيقة التي نظمت عقودها الثمينة العقول المفكرة والعواطف المتفجرة · فجاء هذا العدد من أفضل المجلات التي نشرت على العالم العربي في هذا الشهر · وجاء والحق يقال مأثرة من مآثر الاستاذ المعلوف الكثيرة التي تنطق بفضله حتى قل ان يجاريه مجار في هذا العصر من كتاب العرب وعلمائهم في ما وقف النفس عليه من خدمة اللغة والتاريخ ·

فنثني على الاستاذ المعلوف اطيب الثناء ونرجو منه ان يتحفنا بين حين وآخر بغرره ودرره راجين لمجلة الإثار دوام التقدم وسعة الانتشار ·

فهرس المواد العام

للمجلد الخامس من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم

« أ »

الصحيفة

— الاثني عشري المزمنة الناقصة (تضيقات— ٥٢٣
الاستفقاع ٥٢٢
— الاشعة فوق البنفسجي ونتائجها (المداواة بـ — ٣٩٧، ٤٦٠
اعراض سحائية متكررة في حامل قديم لاكياس المتحولات ٣٢١
— الاعور الحاد المتحولي (التهاب — ٥٧٧
الالفاظ الطبية (الخلب والهرب) ١٨٠، ١٨٢
« « (المشيمة ترادف البلاسنتة لا السخد) ٢٣٠
— الامعاء (انسداد — ٢٤

« ب »

— البريخ السيلاني بالاستدماء الذاتي (مداواة التهاب — ٢٦١
— البلعوم (التقيحات المحيطة بـ — ١٠، ٧٤، ١٤٧، ١٩٨، ٢٧٢

« ث »

— الثآليل بالاقناع (شفاء — ١١٠

« ج »

— الجراحة (آفاق — ٤١٧
— جراحة البطن (التحنيض في — ٣٥٢
الجراحة في سياق سنة ١٩٢٧ ٤٩٨، ٥٣٢
جراحة المعدة ٤٨٦
— جهاز البول (الالات الاكثر استعمالا في امراض — ٥٣٨

« ح »

	الصحيفة
حصاة ام عقدة في الرئة	٦٨
حصاة مثانة في طفل عمره ١٨ شهراً	٣٨٥
— حكمة المرادي (وفاة الحكيم —	٤٠٣
الحمى التيفية وداء المتحولات	٢١
حموضة البول وتقديرها ب P H	١١٥

« خ »

خلع ولادي مجهول	١٣٨

« د »

— داء الافرنج (تاريخ —	٧١
— داء المتحولات (الشكل التيفي من —	٦٥
— « « (الانواع الدماغية السحائية في —	١٢٩

« ر »

— الرئة المجهول المنشإ وشفاؤه بالامتين (خراج —	٢٥٧
الرحى العدارية	٧٢
الرمد الحبيبي في سورية	٥
— رمل المرارة وتشخيصه ومعالجته الجراحية (اعراض —	٦٣٣

« ز »

— زكام الرضع (معالجة —	٧٣

« س »

— السعال الديكي بالافدرين (مداواة —	٢٧١
— السكر بعد الموت (تشخيص —	٢٨٠

« ض »

الضنك لا ينتقل بالبعوض	٣٢٥ ، ٣٣٦ ، ٤٠٤ ، ٥٩١ ، ٥٩٩

الصحيفة

الضنك ينتقل بالبعوض ٣٣٣ ، ٣٤٠ ، ٣٤٤ ، ٤١٠ ، ٦٠٦

ضياع اللفظ مع فالج شقي ايمن في امرأة عمرها ستون سنة مصابة بتضيق اكليلي ٤٢٤

« ع »

عرض أرن دوشان ١٩٤

عرض التهاب الطبقة السنجابية الخفيف الحدة مع وهن فائق منشأه مضيقي شوكي تال للضنك ٣٩٢

— العصب الفكي العلوي (تخدير — ٥٤

— العلق (اعلاق — ٢٦٢

— العين (صحة — ٥٦٠

« غ »

الغشي وحقن القلب بالكظرين ٤٧١

« ف »

فاتحة السنة الخامسة ٣

فالج شقي ايسر مع ضياع اللفظ ٤٥٥

— الفك بمرام نارية (كسور — ٩٥ ، ١٥٣ ، ٢٠٨ ، ٤٧٥

فورونوف في المعهد الطبي ٢٥٤

« ق »

— القصبات (نظرة في معالجة توسع — ١٦٤

— قولنج الكبد (مداواة — ٥٩

« ك »

— الكعبين (كسور — ٨٥

— الكلية مع بيلة الدم (التهابات — ٥١٧

— الكولون المزمنة (التهابات ما حول — ٢٩١

« ل »

	الصحيفة
اللجنة الفرنسية في معهدنا الطبي	٤٢٩
— اللب (صيانة حياة —	٥٥٥

« م »

المؤتمر الطبي الدولي لامراض المناطق الحارة	٥١١
— مرهم الزئبق (طريقة حديثة في استحضار —	٣٠٤
— مسالك البول (الاعراض في امراض —	٦١٥
مطبوعات حديثة	
اطروحة الحكيم منير السادات	١٨٨
جدول الامراض	٥١١
الجراحة الصغرى لمازونه	٦٣
مجلة الآثار « الجزء الممتاز »	٦٤٣
مجلة الرابطة الشرقية	٥١١
المجلة الطبية البغدادية	١٩٠
المفصل الكاذب في عنق الفخذ	٥١٣
مقتضبات طبية حديثة	
— اسراع القلب الاشتدادي (مداواة —	٣٠٥
— السنوخ السنية (المداواة الواقية من تقيح — الاوبائين	٤٥
الاوبائين	١٨٥
— الاورام القرنبيطية بالاقناع (مداواة —	٣١٠
— بثرة الشرق (مداواة —	٥٤٨
البزل القطني في التكهزب	٥٤٤
— تشمع المكبودين بكلورور الكلسيوم (مداواة حبن —	٣٠٦
— حرقة البول باشراك طريقي المداواة الهيولينية والكيماوية (مداواة —	١٢٤

الصحيفة

حمى البطائح ٤٠
— ذات القصبات والرئة الناجمة من النزله الوافدة (مداواة — ٤٣٥
— الرئة بالاوروترو بين (مداواة خراج — ٣١١
الرثية المفصلية الحادة في الاطفال ٤٣٨
— الصرع بحقن الدم الذاتي (مداواة — ٤٣
— الضنك (بحث سريري عن — ٥٥٠
— الكزاز (مداواة — ٣١٢
الكلسيوم في امراض النساء ٤٢
كلورور الباريوم والحمى التيفية ٥٤٧
المبولات الزئبقية ٤٢٢
المتحولات الزحارية والقروح الجلدية ٣٨
— الهدام (مداواة — ٣٠٩
— الوريد بالعلق (مداواة التهاب — ٣٨
مقتضبات من امراض النساء ٤٦، ١٠٧، ١٧١، ٢٤٢، ٣١٣، ٣٧٧، ٤٤١
— الميكوليز (نظرة في — ٤٤٩

« ن »

النخامين ٤١٠

« ه »

الهيستامين والعصارة المعدية ٣٦٧

« و »

— الودي حول الشريان ونتائجه في جراحة الاطراف (قطع اليأف — ٢٢٠

« ي »

يوبيل الاب انستاس ماري الكرملي ٥١٠

فهرس الاعلام

من كتبة المقالات والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

الصحيفه

اديب سردست « الحكيم » ٥٦٠

امين ابي فاضل « الحكيم » ٥٩١

امين الجميل « الحكيم » ٣٣٦ ، ٤٠٤

بار « الحكيم الاستاذ » ٣٣٣

ترابو « الحكيم الاستاذ » ٢١، ٦٥، ٢٩، ١٩٤، ٢٥٧، ٣٢١، ٣٤٠، ٣٩٢، ٤٢٤، ٤٥٥، ٦٠٦

جود « الحكيم الاستاذ » ٤٥٥

جينستاي « طبيب الاسنان » ٥٤ ، ٩٥ ، ١٥٣ ، ٢٠٨ ، ٤٧٥

حسني سبح «الحكيم » ١٦٤ ، ٣٩٧ ، ٤٦٠

داود بينتو « الحكيم » ٧٢

رئيف أبي اللمع «الحكيم الاستاذ» ٥٩٩

رضا سعيد « الحكيم الاستاذ » ٥

شوكت الجراح « الصيدلي الاستاذ » ٣٠٤

شوكة الشطي « الحكيم الاستاذ» ٣٨ ، ٤٦ ، ٥٩ ، ٧١ ، ١٠٧ ، ١٢٤ ، ١٧٠ ، ١٧١ ، ١٨٥ ، ٢٤٣ ، ٢٦١ ، ٢٦٢ ، ٢٧١ ، ٣٠٥ ، ٣٠٦ ، ٣٠٩ ، ٣١٠ ، ٣١١ ، ٣١٢ ، ٣١٣ ، ٣٧٧ ، ٤٠٩ ، ٤٣٢ ، ٤٣٥ ، ٤٣٨ ، ٤٤١ ، ٥١٧ ، ٥٢٢ ، ٥٤٧ ، ٥٤٨ ، ٥٥٠ ، ٥٥٤

شوكت القنواتي « الحكيم » ٤٢٤

صلاح الدين الكواكبي « الصيدلي » ١١٥ ، ٢٨٠ ، ٣٦٧

طاهر الجزئري « الحكيم الاستاذ) ٦٨

عبد الرحمن الكيالي (الحكيم) ٢٣٠

عبد القادر سري (الحكيم الاستاذ) : ١ ، ٧٤ ، ١٤٧ ، ١٩٨ ، ٢٧٢

الصحيفة

عبد القادر صباغ (الحكيم) ٦٥

لوسركل (الحكيم لاستاذ) ٢٤ ، ٤٦ ، ٨٥ ، ١٠٧ ، ١٣٨ ، ١٧١ ، ٢٢٠ ، ٢٤٢
٢٩١ ، ٣٥٢ ، ٣٧٧ ، ٣٨٥ ، ٤٤١ ، ٤٤٩ ، ٤٨٦ ، ٥١٣
و٥٢٣ ، ٥٣٨ ، ٦١٥ ، ٦٣٣ ،

مرشد خاطر (لحكيم الاستاذ) ٣ ، ٢٤ ، ٤٦ ، ٦٣ ، ٧٢ ، ٨٥ ، ٩٥ ، ١٠٧ ، ١٢٩
١٣٨ ، ١٥٣ ، ١٧١ ، ١٨٢ ، ١٨٨ ، ١٩٠ ، ٢٠٨
٢٢٠ ، ٢٤٢ ، ٢٥٤ ، ٢٥٧ ، ٢٩١ ، ٣١٣ ، ٣٢٥
٣٤٠ ، ٣٤٤ ، ٣٥٢ ، ٣٧٧ ، ٣٨٥ ، ٣٩٢ ، ٤١٠
٤١٧ ، ٤٢٩ ، ٤٤١ ، ٤٤٩ ، ٤٥٥ ، ٤٧١ ، ٤٧٥
٤٨٦ ، ٤٩٨ ، ٥١٠ ، ٥١١ ، ٥١٣ ، ٥٢٣ ، ٥٣٢
٥٣٨ ، ٥٧٨ ، ٦٠٦ ، ٦١٥ ، ٦٣٣ ،

مسلم القاسمي (السيد) ١٨٠

ميشيل (الحكيم) ٥٧٨

ميشيل بشور (الحكيم) ١٩٤

ميشيل شمندي (الحكيم الاس اذ) ٢٨٠

نجاة الصفدي (طبيب الاسنان) ٥٥٥



